VIII. Jahrgang. **Wien, 4. März 1894.** **Nr. 9.**

„**Internationale Klinische Rundschau**“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „**Klinische Zeit- und Streitfragen**“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes,

unter Mitwirkung der Professoren: Baccelli (Rom), Bassini (Padua), Bernheim (Nancy), Buchanan (Glasgow), Crocq (Brüssel), Fraser (Edinburgh), de Giovanni (Padua), Heryng (Warschau), Huchard (Paris), Ladame (Genf), Leichtenstern (Köln), Morselli (Genua), Murri (Bologna), Oertel (München), Rosenbach (Breslau), Semmola (Neapel), Thiry (Brüssel)

redigirt von

Dr. Arthur Schnitzler.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber die Verkrümmungen der Wirbelsäule*).

Von **George Buchanan.**

M. A., M. D., L. L. D., Professor der klinischen Chirurgie an der Universität Glasgow.

Meine Herren! Wir haben auf unserer Klinik zwei Fälle von Erkrankungen der Wirbelsäule, von denen der eine sehr ungewöhnliche, fast als Unica zu bezeichnende Symptome darbietet und der uns, zusammen mit anderen Fällen, die Sie während des Semesters auf unserer Klinik gesehen haben, eine willkommene Gelegenheit dargeboten hat, die Beobachtungen, die wir von Zeit zu Zeit am Krankenbette angestellt haben, zu einem entsprechenden Abschlusse bringen zu können.

Man kann die Krankheiten der Wirbelsäule in zwei Kategorien bringen, die durch die laterale und die anguläre Verkrümmung repräsentirt werden.

Die laterale Verkrümmung, deren Bild schon in ihrem Namen zur Genüge ausgedrückt wird, ist das Resultat eines Mangels an Kraft von Seiten der Weichtheile, welche die Wirbelsäule in ihrer geraden Haltung stützen, nämlich der Muskeln, der Bänder und zum Theil auch der Laminae fibrocartilaginosae. Ich werde jetzt bei dieser Deformität nicht verweilen, und ich möchte Sie in dieser Beziehung nur daran erinnern, dass sich unser rationelles modernes Vorgehen in solchen Fällen sehr von demjenigen unterscheide, das zur Zeit, in welcher ich meine ärztliche Laufbahn begann — im Jahre 1850 — im Gebrauche war. Zu jener Zeit bestand das einzige Mittel, um die Krümmung der Wirbelsäule zu corrigiren, in dem Gebrauche von Stützapparaten mannigfacher Art, von welchen manche für den Kranken höchst lästig waren, und die — ich muss es mit Bedauern aussprechen — noch jetzt von manchen Aerzten, welche das moderne Vorgehen nicht würdigen, empfohlen werden.

Als ich im Jahre 1861 in Berlin war, besuchte ich das Spital für Rückgratsverkrümmungen, wo man diese Erkrankungen durch die «Heilende Gymnastik», wie sie genannt wurde, zu heilen versuchte. Ich konnte mich dort von dem systematischen Gebrauche der Gymnastik überzeugen, die in der Absicht unternommen wurde, um Muskeln, welche durch Mangel an Gebrauch ihren Tonus verloren hatten, oder welche ihren normalen Tonus dadurch eingebüsst hatten, dass sie in Folge von Rigidität der Antagonisten übermässig gestreckt wurden, — in Action zu bringen. Diesen Uebungen pflegten im Beginne passive Bewegungen voranzugehen, um irgend welche Adhäsionen in ankylotischen Gelenken zu lockern. Diese Methode ging mehr darauf hinaus, geschwächte Muskeln in Action zu versetzen, als die starken Hindernisse in den Weichtheilen, die den Bewegungen im Wege standen, zu beseitigen.

Man wandte dieses Princip auch auf die seitlichen Verkrümmungen der Wirbelsäule an, indem man die Patienten dazu anwies, Uebungen vorzunehmen, welche diejenigen Muskeln in Action versetzen, die in Folge ihres atonischen und gelockerten Zustandes eine Abweichung der Wirbelsäule von der geraden Haltung gestatten.

Diese Methode wurde in Schweden weiter entwickelt und zu einer grösseren Vollkommenheit gebracht.

Als ich mich im Jahre 1889, nachdem ich den internationalen medicinischen Congress in Kopenhagen besucht hatte, in Stockholm aufhielt, nahm ich Gelegenheit, ein gymnastisches Institut zu besuchen, in dem die verschiedenen Utensilien zum Zwecke der Behandlung einer fast jeden Deformität des Körpers in einer sehr genialen Art ausgedacht waren. In der gewöhn-

*) Eine klinische Vorlesung nach dem Berichte von George Burnside Buchanan, B. A. Cantab., M. B. und C. M.; Spitalsarzt in der «Western Infirmary» an Glasgow.

lichen Praxis wird jedoch ein viel einfacherer und leichter zu handhabender Apparat, bestehend aus Gewichten, Schnüren und Rollen — die nöthigen Dienste leisten.

Ich behalte mir eine mehr detaillirte Schilderung dieser Deformität für eine spätere Gelegenheit vor.

Die zweite Form der Rückgratsverkrümmung — die anguläre Verkrümmung — ist das Resultat einer bestehenden Erkrankung der Wirbelknochen. Die Erkrankung ist fast immer tuberculöse Caries. In den meisten Fällen erweicht die Spongiosa den Wirbelkörper, zerfällt und geht einen Eiterungsprocess ein; es bilden sich Abscesse, die, obgleich dieselben bisweilen resorbirt werden, so dass man von ihrer Existenz nichts wahrnimmt, für's gewöhnliche durchbrechen und als der gewöhnliche Psoas- oder Lendenabscess zum Vorschein kommen. In anderen Fällen endigt der Krankheitsprocess mit einem Zustande, den man rareficirende Osteitis oder trockene Caries genannt hat. Hier findet keine Eiterung statt, sondern die spongiöse Substanz wird weich und krümlich und ist nicht mehr im Stande, den Wirbelkörper in seiner eigentlichen Form zu erhalten.

Welches nun immer der Krankheitsprocess sein mag, in beiden Fällen drückt das Gewicht des Kopfes und der Schultern auf die erweichten Knochen und nähert die obere und untere Scheibe der compacten Knochensubstanz, welche das Dach und Grund des Wirbelkörpers bilden aneinander. Da diese überdies den nach rückwärts durch die compacte Knochensubstanz, welche die Bogen- und Gelenksfortsätze darstellen, auseinander gehalten werden, so kann nur der vordere Theil des Wirbelkörpers zusammengedrückt werden und auf diese Art bildet sich in diesen Fällen die leicht zu erkennende antero-posteriore Verkrümmung aus. Der ganze Krankheitsprocess stellt eine langsame und asthenische Form der Entzündung des Knochengewebes dar.

Bei dieser Form von Rückgratserkrankung ist die Behandlung eine der bei der anderen Form diametral entgegengesetzte. Hier ist absolute Ruhe und Fixation der Wirbelsäule von wesentlicher Bedeutung, um den Folgen des entzündlichen Processes vorzubeugen, oder dieselben zu überwinden. Wenn in irgend einem Stadium der Schmerz ein sehr heftiger ist, so ist Bettruhe streng geboten.

Die beste Behandlungsmethode in diesen Fällen besteht darin, dass man die Extension in der Art ausführt, dass man an den Füssen des Kranken ein Gewicht anbringt, und zwar mittelst einer Schnur, die über eine Rolle am Boden des Bettes läuft. Das untere Ende des Bettes wird durch unterschobene Klötze in eine Höhe von 6 Zoll gehoben, so dass das Bett, indem es auf diese Art geneigt wird, gewissermassen als eine Contra-Extensionskraft fungirt.

Wir sehen somit auch ein, von welch' grosser Bedeutung es sei, dass wir diese zu behandelnde Rückgratserkrankung gleich bei ihrem Beginne diagnosticiren.

In dem einen Falle ist die Gymnastik das einzige Heilmittel — in dem anderen Falle ist es das sicherste Mittel, die Krankheit schwerer zu gestalten.

In dem einen Falle ist die absolute Fixation der Wirbelsäule das wesentliche Moment der Behandlung — in dem anderen Falle steigert dies die Schwäche in den Muskeln, welche die Ursache für die Deformation abgeben.

Im ersten Momente könnte es Ihnen überflüssig erscheinen, dass ich so lange bei diesem Punkte verweile, aber Sie haben schon im Verlaufe unserer Semestralvorlesungen die Beobachtung gemacht, dass uns einige Patienten zur Behandlung in unser Spital zugeschickt wurden, und zwar damit wir ihnen Gypsjacken anlegen — Fälle in denen ich weit davon entfernt war, eine solche Behandlungsmethode einzuschlagen, weil ich gefunden hatte, dass es ganz ausgesprochene Fälle von seitlicher Verkrümmung der Wirbelsäule waren, für welche gymnastische Uebungen und nicht die Fixation angezeigt waren.

Es gibt noch einen dritten pathologischen Zustand der Wirbelsäule, der sogar eine ausgesprochenere Deformität, als die zwei früher genannten Zustände, bedingt, i. e. Rhachitis. Dieser Zustand ist durch eine runde Vorwölbung der Wirbelsäule nach hinten, die unter dem Namen «Buckel» bekannt ist, wohl charakterisirt.

Die Fälle von angulärer Verkrümmung der Wirbelsäule sind gewöhnlich dunkel in ihrem Ursprunge, langsam in ihrem Verlaufe, langwierig in der Behandlung und lassen lange auf die Genesung des Kranken warten.

Der folgende Fall, der einen Erwachsenen betrifft, steht fast vereinzelt da, insofern als der Patient in diesem Falle alle Phasen der Erkrankung innerhalb von zwei Jahren durchgemacht hatte.

Peter R., 33 Jahre alt, Schiffsingenieur, wurde am 12. September 1893, in die Western Infirmary in Glasgow aufgenommen. Patient gibt an, dass er sich bis vor zwei Jahren des besten Wohlbefindens erfreut hatte, zu welcher Zeit er von einem Anfalle von Pleuritis ergriffen wurde. Er genas von dieser Krankheit, fühlte aber später von Zeit zu Zeit einen Schmerz in der Brust.

Vor einem Jahre entdeckte er zufällig eine prominente Stelle im Rücken, der er zuerst keine Aufmerksamkeit geschenkt hatte, aber nach ungefähr zwei Monaten wurde die betreffende Stelle prominenter und zu dieser Zeit begann der Patient einen Schmerz zu verspüren, der sich derart präsentirte, als ob ein Gurt um seine Taille zusammengeschnürt würde. Er konnte seinem Berufe bis August 1893 nachgehen.

Status präsens bei der Aufnahme der Kranken in's Spital: Es besteht eine deutliche und wohl ausgesprochene Prominenz der Dornfortsätze des 7. und 8. Dorsalwirbels. Druck auf die prominente Stelle verursacht local keine Schmerzen, steigert jedoch den Gürtelschmerz, der nach abwärts gegen die unteren Extremitäten ausstrahlt.

Es besteht eine ausgesprochene Paraphlegie von der Nabelgegend angefangen nach abwärts.

Die Sensibilität fehlt fast vollständig; die Motilität ist zum Theil erhalten. Der Patient kann den linken Fuss nur in geringem Grad bewegen, den rechten Fuss auch nicht im allergeringsten. Es besteht Incontinentia urinae und ebenso auch Incontinenz des Stuhls. Häufiges und willkürliches Zucken mit den unteren Extremitäten. Die Reflexe an den unteren Extremitäten sind stark erhöht und der Fussclonus sehr ausgesprochen.

Der Patient wurde auf ein Wasserbett gebracht und es wurde die Extension vorgenommen, und zwar mittelst einer Schnur, die in der gewöhnlichen Art, an je einem Fuss befestigt wurde, indem man die Schnur über eine Rolle leitete, die am Ende des Bettes angebracht war, und an der ein Gewicht von 7 Pfund befestigt wurde.

Der Urin wurde mittelst des Katheters dreimal täglich abgelassen und der Patient erhielt einmal täglich ein Lavement.

Innerhalb einer Woche nach Beginn der Behandlung machte sich bereits einige Besserung geltend, und ungefähr um den 1. October konnte der Patient bereits seinen Harn in der normalen Art und Weise zurückhalten, der Darm functionirte normal, das Zucken mit den Beinen wurde um Vieles geringer, und der Patient konnte bereits ausgiebige Nahrung zu sich nehmen.

Die Sensibilität hat sich auch sehr gebessert und er kann seine Kniee ziemlich gut gegen sich heranziehen.

Am 6. December wurde dem Patienten eine Gypsjacke nach Sayre angelegt. — 3. Jänner 1894: Unmittelbar nach der Application der Gypsjacke liess der Gürtelschmerz nach, während vorher, ein jedes Mal, wenn sich der Patient im Bette bewegte, Schmerz um die Taille und Zuckungen in den Beinen bestanden hatten.

Der Patient kann thatsächlich als geheilt betrachtet werden, obgleich noch einige Zeit vergehen mag, bevor er die Kraft erlangt, ohne Stütze herumzugehen.

Für mich ist es eine seltsame Erfahrung, dass ein 33jähriger Mann, der sich zwei Jahre vorher des besten Wohlbefindens erfreut hatte, die verschiedenen Phasen der angulären Verkrümmung der Wirbelsäule durchmacht, dass er in Folge von Paraplegie zu einem hilflosen Krüppel wird, und dass er innerhalb einer Zeit von achtzehn Monaten in einer derart befriedigenden Art genest.

Der andere hier mitzutheilende Fall lautet wie folgt: Peter Mc. C., 17 Jahre alt, wurde am 6. Jänner 1894 in die «Western Infirmary» in Glasgow aufgenommen. Derselbe war vor einigen Jahren bei mir in Spitalsbehandlung wegen Rückgratsverkrümmung gestanden.

Seit jener Zeit war er im Stande, bis vor vielen Wochen seinem Berufe als Briefträger nachzugehen, als er zu dieser Zeit von einer Treppe hinunterstürzte und auf die Seite fiel. Er fühlte zur Zeit seines Sturzes keinen Schmerz, aber einige Tage später fühlte er eine Schwäche in den Beinen und konnte sich nicht mehr auf den Beinen erhalten.

Bei der Untersuchung findet man, dass die Dorsalverkrümmung eine sehr ausgesprochene sei.

Die Krümmung ist nach der rechten Seite gerichtet, aber die hinten abgerundete Prominenz ist ausgesprochener als die laterale.

Die Wirbelsäule ist ganz ankylosirt. Dieser Umstand scheint mehr auf Rechnung einer rhachitischen Erkrankung als auf die Verkrümmung zu kommen, welch' letztere durch Caries bedingt ist.

Der Patient ist nicht im Stande ohne Stütze zu gehen, oder auch nur zu stehen. Es besteht ein sehr deutlicher Fussklonus, und die Patellarreflexe sind stark gesteigert. Auch wenn der Patient im Bette liegt, so bekommt er bei Berührung Zuckungen in den Beinen.

Es wurde dem Patienten angeordnet, im Bette auf dem Rücken zu liegen, und es wurde dieselbe Behandlung eingeleitet wie in dem früheren Falle.

3. Jänner: Der abnorme Zustand in den Beinen ist bereits ganz geschwunden.

Die Reflexe sind normal, und die Fähigkeit zu gehen ist wiedergekehrt wie zur Zeit vor dem Anfalle.

Diese zwei Fälle und andere entsprechende Fälle, die ich in Behandlung hatte, führen mich dahin, sagen zu müssen, dass man von der ausgiebigen Extension durch Gewichte und Rollen in solchen Fällen häufiger Gebrauch machen sollte, als es bis jetzt geschehen ist, speciell in Fällen, wo der Beginn der Erkrankung ein ziemlich plötzlicher ist. Der Extension soll von dem Momente, in welchem sich die Reflexe bessern, die Applicationen einer Gypsjacke folgen, welcher Umstand den Patienten in den Stand setzt, herumzugehen.

Was den pathologischen Zustand des Rückenmarks betrifft, der zur Entstehung der Paraplegie Veranlassung gegeben hatte, welch' letzter so schnell schwand, so bin ich in Verlegenheit, Ihnen welche befriedigende Erklärung zu geben. In dem Falle, der den Knaben betraf, konnte vielleicht ein Bluterguss durch seinen Sturz auf die Seite bedingt worden sein, der auch bald resorbirt wurde, aber in dem Falle betreffend den Erwachsenen, und über den ich Ihnen berichtet habe, konnte ein solches Moment nicht den Grund für die Nervenläsion abgeben.

Ich neige dahin, anzunehmen, dass das rapide Einsetzen der asthenischen Entzündungsformen in diesen Fällen, die in dem Zustande resultiren, der als «trockene Caries» bekannt ist, eine vorübergehende entzündliche Verdickung der Rückenmarkshäute bedingt hatte, und dass, als man für vollkommene Ruhe des Patienten Sorge trug — zuerst durch die Extension und später durch die Gypsjacke — die ausgeschiedenen Producte resorbirt wurden und das Rückenmark wieder seiner normalen Function zugeführt wurde.

Das Kleincaliber und die Verwundetenversorgung im Felde.*)

Von

Dr. Habart, Regimentsarzt.

Seit der Neubewaffnung der Armeen mit dem neuen Repetirgewehre bildet die Reorganisation des Sanitätsdienstes im Felde das eifrigste Studium der Militärärzte, des rothen Kreuzes und der Kriegsverwaltung. Kaum sind die Erfahrungen über das 8 Millimeter Repetirgewehr hinlänglich bekannt geworden, als schon das italienische und rumänische Heer mit $6^1/_2$ Millimeter Caliber ausgerüstet wurde und es unterliegt keinem Zweifel, dass das 5 Millimeter Caliber die Zukunftswaffe sein dürfte. Allen diesen Wandlungen auf dem Gebiete der Waffentechnik liegen rein taktische Motive zu Grunde. Der Traum eines grossen Geistes, die Blessirten zu neutralisiren, wurde erst durch die Genfer Convention realisirt, welche die Barmherzigkeit im Felde repräsentirt.

Schon im Jahre 1866 konnte das Vorderladergewehr dem Zündnadelgewehre der Preussen nicht mehr Stand halten und so wurde das Schicksal dieses Feldzuges in wenigen Tagen entschieden. Nicht minder lehrreich sind die Erfahrungen aus den Jahren 1870/71, wo das bestconstruirte 11 Millimeter Chassepotgewehr dem deutschen Zündnadelgewehr weit überlegen war, indem es auf Entfernungen, wo Letzteres bereits ganz unwirksam war, noch bedeutende Verheerungen anrichtete. Die grosse Ziffer von 19863 Verwundeten deutscherseits in der Schlacht bei Gravelotte mag den mörderischen Charakter des Chassepotgewehres, welchem gegenüber die preusischen Truppen machtlos waren, hinlänglich beleuchten. Hingegen befand sich das Sanitätswesen der deutschen Armee auf einer ungleich höheren Stufe der Entwicklung als bei den Franzosen. Dank der vorzüglichen Organisation desselben wurden die deutschen Blessirten durchgehends binnen 24 Stunden geborgen, während die französischen Blessirten 2—3 Tage und noch mehr unversorgt am Schlachtfelde liegen blieben, es sei denn, dass ihnen die deutschen zu Hilfe kamen.

Einen Rückblick auf die Schlachtfelder am Balkan zu werfen, werden Sie mir wohl erlassen, da Pirogoff darüber bereits genau berichtet hat. Auch hier vermochte das weittragende Martinigewehr der Türken in den Reihen der Russen die grössten Verheerungen anzurichten, besonders da Letztere gezwungen waren, die Türken in ihren verschanzten Stellungen anzugreifen, so dass ein bis jetzt noch nicht beobachtetes Verhältniss (2 : 1) zwischen Verwundeten und Todten bestand.

Der Grundgedanke bei der Neubewaffnung der Heere basirt auf der grösstmöglichsten Dotation von Patronen für jeden Schützen, so dass heute der Deutsche und Franzose mit 300, der Italiener und Rumäne mit 400 Patronen operiren kann. Bei dem 5 Millimeter Gewehre würde sich die Patronenzahl auf 500 belaufen. Ausserdem spielt die grosse Percussionskraft der Geschosse eine grosse Rolle, indem ein und dasselbe Geschoss mehrere Ziele kampfunfähig zu machen vermag, es vermag ferner Befestigungen zu überwinden, indem es Erdwälle, Mauern und Bäume durchdringt — und das, was früher schützende Hilfe bot, vernichtet heute selbst, weil die von Mauern und Bäumen weggeschleuderten Stücke die Wirkung der Geschosse vervielfältigen. Das neue Geschoss wirkt noch tödtlich in Distanzen, welche von den alten Geschossen nicht mehr erreicht wurden.

Da nach neueren Untersuchungen blos eine lebendige Kraft von $2^1/_2$—3 Kilogrammmeter, gleich einer Geschwindigkeit von 65—75 Meter in der Secunde genügt, um einen Menschen zu tödten, so reicht die Zone der tödtlichen Schüsse bis auf 5000 Meter.

*) Nach einem im medicinischen Doctorencollegium am 26. Februar gehaltenen Vortrage. Vom Vortragenden revidirtes Originalstenogramm der Internationalen Klinischen Rundschau.

Nicht minder wichtig ist das durch die Constructionsverhältnisse des Gewehres bedingte hohe Treffpercent. Es ist berechnet worden, dass auf 400 Schüsse ein Treffer kommt, dass also eine Treffwahrscheinlichkeit von 0·25% anzunehmen ist. Dieses anscheinend geringe Verhältniss wird noch bedeutend dadurch erhöht, wenn ein grösserer Antheil von Munition verfeuert wird und dass ferner heut zu Tage auch die Artillerie von den Infanteriegeschossen bedroht erscheint.

Gestützt auf Experimente gegen lebende Ziele, auf Daten an Schiessstätten, Arbeitertumulten u. dgl. konnte ich schon vor Jahren feststellen:

1. dass in einem Zukunftskriege die Zahl der Todten und Verwundeten gegen früher bedeutend zunehmen wird und

2. dass sich das Verhältniss zwischen Leicht- und Schwerblessirten günstiger gestalten dürfte, da nach dem Charakter der Schusswunden mehr Leichtblessirte zur Beobachtung kommen dürften.

Den Sanitätsorganen und den dazu berufenen Personen fällt nun die grosse Aufgabe zu, diese vermehrten Opfer so rasch als möglich aufzulesen und zu bergen. Nur ein sowohl qualitativ als quantitativ genügendes Sanitäts-Personale kann dieser Aufgabe nachkommen. Man glaubt die sanitäre Vorsorge mit 20% des Gesammteffectivstandes berechnen zu müssen, was in den meisten Fällen zutrifft, in der Wirklichkeit aber, wenn der Mann den Munitionsvorrath verfeuert, auf 35—40% steigt; dabei bleibt aber die Reservemunition, die Cavallerie und Artillerie ganz aus der Rechnung.

Unter Zugrundelegung dieser Thatsachen haben sich die Kriegsverwaltung aller Staaten beeilt, dem Schnellfeuer durch schnelle Räumung des Schlachtfeldes das Gleichgewicht zu halten. Ich lebe der Ueberzeugung, dass wir erst die Feuerpause und den Stillstand des Gefechtes benützen müssen, um wirksam einzugreifen. Hier spielt die Beleuchtung des Schlachtfeldes eine grosse Rolle und es war daher eine glückliche Idee Baron v. MUNDY's, das elektrische Licht in's Auge gefasst zu haben. Bei uns sind die KOHL'schen Petroleumbeleuchtungsapparat auch in den Divisionssanitätsanstalten eingeführt, so dass die Arbeit auch bei Nacht fortgesetzt werden kann.

In allen Armeen sind die Blessirtenträger systematisirt: bei uns kommen 4 Mann auf eine Compagnie, bei den Russen 6. Diese führen eigenes Material mit sich. Als Transportmittel dient die Feldtrage. Im Nothfalle werden auch improvisirte Tragen aus Baumstämmen u. A. verwendet.

Für eine Infanteriedivision genügen 2 Brigade-Verbandplätze auf eine Distanz von 2000—3000 Schritten und hinter dieser die Ambulanz. Um diese zu schützen, müssen Erdmulden und Vertiefungen benützt werden, weshalb die Zutheilung von Pionniren am Platze wäre. Zu Rapportdiensten sind in Frankreich Velocipedisten zugetheilt, welche Institution sich sehr bewähren dürfte.

In der Schlachtlinie könnte nur bei heftigen Blutungen, bei Splitterfracturen und bei vorgefallenen Därmen momentan etwas geleistet werden. Alles andere soll rückwärts geschehen und die Hauptthätigkeit müsste daher auf einen ebenso schnellen als schonenden Transport gerichtet sein.

Die Ambulanz wird entweder an Knotenpunkten der Strassen oder auf den Bahnhöfen etablirt sein und können schon hier die dringendsten Operationen verrichtet werden.

Zum Transporte zwischen den einzelnen Sanitätsanstalten dienen die Blessirtenwagen, welche 2—4—6 liegende oder 6—10 sitzende Blessirte fortschaffen können.

Während in Deutschland, Frankreich und Russland die Feldspitäler in erster Linie vorgeschoben sind, sind dieselben bei anderen Armeen noch stark nach rückwärts gelegen. In Oesterreich stehen sie im Verbande mit dem Corps, haben aber den Auftrag, bei Gefechten nach vorne zu rücken.

Der Transport zwischen Ambulanz und Feldspital wird mit den im offenen Terrain üblichen Fuhrwerken bewerkstelligt. Im Gebirge kommt das Tragthier zur Geltung und was dasselbe zu leisten vermag, haben die letzten in Gebirgsgegenden sich abspielenden Kämpfe bewiesen. England und Frankreich haben eigene Tragthier-Vorrichtungen, um auch für Gebirgskriege hinlänglich vorbereitet zu sein. Im Gebirge können noch Tragen verwendet werden, welche von einem oder zwei Männern getragen werden und sind hier die von MUNDY und Oberstabsarzt ALTER construirten Tragsessel zu nennen, welche sich zum Transporte zwischen Verbandplatz und Ambulanz vorzüglich bewähren, für weite Strecken aber sich nicht eignen. Einfache Strohschüttungen in Proviantwägen oder in landesüblichen Fahrzeugen sind für den Verwundetentransport ganz und gar nicht geeignet, und die Schilderungen von PIROGOFF aus dem russisch-türkischen Feldzuge, sowie die Beschreibungen von KOLOMNIN aus dem serbisch-türkischen Kriege, wo die massenhaften Verwundeten mit Knochenbrüchen und inneren Verletzungen auf Wagen mit 6 eckigen Rädern auf grundlosen Wegen weiterbefördert wurden, finden ihren würdigen Interpretator in dem grossen Schlachtenmaler WERESCHAGIN, welcher die Qualen dieser armen Opfer dadurch kennzeichnet, dass er auf den an den Strassen liegenden Telegraphendrähten Schaaren von nach Beute ausspähenden Raben gemalt hat.

In Oesterreich verfügen wir über zwei Institutionen, auf die wir bereits stolz sein können, das sind die Sanitätszüge und die Schiffsambulanz. Erstere sind fertiggestellte Eisenbahnzüge, von denen als Muster der Maltheserzug dient, welcher von Baron MUNDY errichtet wurde. Die Schiffsambulanz hat 1878 Dienste geleistet, welche alle Erwartungen übertrafen.

Was die Feldspitäler anlangt, so dienten bis zur Zeit, wo man keine Hygiene kannte, als solche alte Schulhäuser, Kirchen u. s. w. Heute weiss man, dass neben einem schlechten Verbande eine schlechte Unterkunft für den Blessirten die nachtheiligsten Folgen hat. Als idealste Unterkunft für die Blessirten der Zukunft sind zu nennen: das Zelt und die Barake. Den nothwendigsten Bedürfnissen nach Licht und Luft trachteten die grossen Staaten nach Möglichkeit zu entsprechen und wir finden demgemäss in Deutschland Verwundetenzelte, welche den Truppen nachgeführt werden und 12 Verwundete fassen können. Frankreich hat Zelte von ovaler Form, die 28 Verwundete fassen und allen Anforderungen der Hygiene entsprechen. Die österreichischen Zelte, welche auch auf Tragthiere verladen werden können, bestehen aus einer Doppelwand, die wasserdicht ist und können auch geheizt werden. 1878 hatten wir in Bosnien noch keine solchen Zelte und verwendeten daher gewöhnliche Mannschaftszelte. Als die kältere Jahreszeit heranrückte, wurden Riegelwand- und Holzbaracken errichtet, welche ursprünglich von ganz primitiver Form waren, der gesunden und kranken Mannschaft aber im Winter eine ganz annehmbare Unterkunft boten. Nach und nach entwickelten sich im Occupationsgebiete grössere Bauten und Barackenlager. Allen diesen Baracken haftet aber der Nachtheil an, dass sie nicht transportabel sind und das Material für den Bau derselben erst zugeführt werden muss. Die Aufgabe, transportable Baracken zu errichten, ist auch schon gelöst und HAASE bezeichnet mit Recht das Zelt als Lazareth der kämpfenden Truppe, die Baracke als Lazareth der Etappenlinie. Die Fortschaffung der Blessirten geschieht entweder auf fertigen Sanitätszügen, oder derart, dass man nach Massgabe der Nothwendigkeit Krankenzüge errichtet, indem man Güterwaggons durch eigene Eisenbahntragbetten für den Verwundetentransport fähig macht. In Deutschland sind zwei Systeme für improvisirte Sanitätszüge vorhanden, u. zw. werden die Tragen suspendirt oder auf Plattfedern gelegt, so dass jede Verschiebung oder Erschütterung vermieden wird. Die Franzosen haben aus ihren traurigen Erfahrungen in den Jahren 1870/71 grosse Fortschritte geschöpft, indem sie in dieser Richtung ihre Armee eigens ausgerüstet haben. Sie haben zweierlei Wagentypen, in denen Tragen in zwei Reihen (2—3 Tragen übereinander) suspendirt werden, so dass in einem Waggon 12, in den grösseren Waggons 18 Tragen suspendirt werden können. Auch in Italien hat man dieser Frage die grösste Aufmerksamkeit geschenkt;

dort hat das rothe Kreuz im Vereine mit dem Maltheserorden die Ausrüstung in Angriff genommen.

Was den Transport zu Wasser anlangt, so hat schon Larrey die Schiffe für den Transport der Verwundeten der Napoleonischen Armee benützt und im Krimkriege waren diese eben das einzige Transportmittel von der Krim nach Constantinopel. Wenn man aber die Qualen bedenkt, welche die Engländer auf ihren Seegelboten zu überstehen hatten, wo sie tagelang in ihrem eigenen Unrathe lagen und wo fast 10% an Pyämie zu Grunde gingen, dann muss man gestehen, dass so geleitete Verwundetentransporte einen Schandfleck bilden!

Es liegt nicht im Rahmen meiner heutigen Auseinandersetzung auf alle näheren Details einzugehen, sondern ich wollte nur einen kurze Ueberblick über den heutigen Stand dieser Frage geben. Ich wollte nur hervorheben, dass ich dafür halte, dass nicht der erste Verband, sondern der erste Transport für das Schicksal des Verwundeten entscheidet. Und wenn es der Sanitätsorganisation gelingt, trotz Repetiergewehr, Fern- und Schnellfeuer, rauchschwachem Pulver, trotz der grossen Percussionskraft der neuen Stahlmantelgeschosse, die Verwundeten rechtzeitig zu bergen und unter Dach zu bringen — dann sind wir dessen gewiss, dass wir mit unseren antiseptischen und aseptischen Apparaten Erfolge erzielen werden, wie unsere Collegen Mosetig, Fraenkel, Maydl, Fillenbaum 1885 und 1886 in Serbien und Bulgarien erzielt haben, wo sie, trotzdem sie sehr verwahrloste Blessirte in die Hände bekamen, die Mortalität auf $1\frac{1}{2}$% herabdrücken konnten.

Eine grosse Aufgabe des heutigen Sanitätswesens ist es, die Schwerverwundeten von den Leichtblessirten zu sortiren, damit Letztere nicht unnützerweise zu weit in's Land geschickt werden, sondern in den Feldmarodehäusern durch einige Tage verbleiben und dem Dienste erhalten werden. Nur die Schwerblessirten gelangen entweder direct in die Abschubstation oder in die Feldlazarethe, wo ihnen dann eine spitalsmässige Behandlung zu Theil wird.

Auch die Frage, ob man antiseptisch oder aseptisch behandeln soll, will ich heute nicht erörtern. Ich erlaube mir, Ihnen jedoch einige Muster von Verbänden (Firma J. Odelga) vorzulegen, die ich für meinen Theil als den Zukunftsfeldverband bezeichnen möchte. Es sind dies Schablonenverbände, ähnlich jenen, wie sie Bergmann bei dem Congresse in Berlin vorgeschlagen hat. Es sind 5 Typenverbände von verschiedener Grösse und sterilisirt, da man in der ersten Gefechtslinie keine Antisepsis treiben kann.

Der richtigen Vertheilung der Blessirten muss die grösste Sorgfalt zugewendet werden, damit auch die Gesellschaften vom rothen Kreuze thatkräftig eingreifen können. Um diese hat sich Freiherr von Horst, indem er die Bevölkerung zur regen Theilnahme anfeuerte, grosse Verdienste erworben.

In Frankreich, Russland und Deutschland sind behufs Fortschaffung des Sanitätsmateriales, sogenannte Medicinwagen (zwei- oder vierräderig) eingeführt, was einen sehr praktischen Werth hat. Bei uns wird der Transport durch Bandagenträger bewerkstelligt.

Das grosse Vertrauen in unsere moderne kriegschirurgische Technik berechtigt uns wohl zu den schönsten Hoffnungen bei der Behandlung der Verletzungen, wenn die Verwundeten sich einmal in den Händen der Aerzte befinden. Um dieses aber rechtzeitig durchführen zu können, sollte neben der Combattantenarmee auch die Sanitätsarmee gründlich organisirt werden und da viele von Ihnen berufen sein werden, unter dem Banner des rothen Kreuzes mit uns zu kämpfen, habe ich mir diese kurze Auseinandersetzung erlaubt.

Aus Hofrath Prof. Albert's chirurgischer Klinik.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Pneumaturie.

Von **Dr. Julius Schnitzler** *).

Assistent an obiger Klinik.

(Fortsetzung und Schluss.)

Kurz nachdem ich diese Versuche durchgeführt hatte, konnte ich eine an Pneumaturie leidende Frau beobachten, die von Dr. Latzko an die Erste chirurgische Klinik gewiesen worden war.

Die 46jährige Patientin war bis zum Herbste 1893 nie krank gewesen und hatte nie geboren. Im Herbste 1893 empfand Patientin zum ersten Male, ohne einen besonderen Anlass, Schmerzen in der Blasengegend zum Schlusse der Urinentleerung. Gleichzeitig nahm sie wahr, dass durch die Harnröhre Gas unter plätscherndem Geräusch abging. Dabei war die Arbeitsfähigkeit der Patientin durchaus nicht gestört. Am 11. December 1893 war die Harnentleerung zum ersten Male mühsam, gleichzeitig trat ziemlich heftiger Tenesmus auf, Patientin konnte nur tropfenweise und unter beträchtlicher Anstrengung Harn entleeren. Derselbe wies keine für die Patientin ersichtlichen Abnormitäten in Bezug auf Farbe oder Geruch auf. Tags darauf traten heftige Schmerzen in der Blasengegend auf und Patientin war nicht im Stande, Urin zu entleeren. Patientin liess sich durch eine Hebamme katheterisiren. Der nunmehr entleerte Harn soll blutig gewesen sein. Zum Schlusse des Katheterismus entwich durch den Katheter eine grössere Menge von Gas unter polterndem Geräusch. Ueber diese Erscheinung machte die Hebamme, der dies auffiel, Bemerkungen zur Patientin. Von diesem Tage an musste Patientin sich öfters katheterisiren lassen. Der Urin soll mitunter Blut enthalten haben. Auch sollen häufig zum Schlusse des Katheterismus Gasblasen entwichen sein. Ausfluss aus der Scheide soll niemals bestanden haben. Die früher regelmässigen Menses waren seit 4 Monaten ausgeblieben. Seit einigen Wochen besteht Obstipation.

Status präsens. Die Untersuchung der kräftig gebauten, ziemlich fettleibigen Patientin ergibt im Bereiche des Thorax nichts Abnormes. Bei der Untersuchung des Abdomens sieht man oberhalb der Symphyse eine bilateral symmetrisch entwickelte Geschwulst, die beinahe bis an den Nabel reicht. Dieser Tumor fluctuirt deutlich, ist druckempfindlich. Die Percussion ergibt entsprechend diesem Tumor tympanitischen Schall. Es wird sofort der Katheter gesetzt und nun entleert sich circa ein Liter Harn. Zum Schlusse stürzen jedoch durch den Katheter unter lautem Geräusche zahlreiche Gasblasen heraus. Nunmehr ist der früher sichtbare Tumor verschwunden, doch bleibt über der Symphyse eine Resistenz palpabel.

Die Untersuchung per vaginam ergibt Vergrösserung des retroflectirten Uterus auf das Doppelte, Auflockerung der Portio, die Adnexe nicht abtastbar. Der Uterus ziemlich gut beweglich. Es musste mit Rücksicht auf diesen Befund und das Ausbleiben der Menses Gravidität angenommen werden.

Die Untersuchung des trüben, nicht ammoniakalisch, wohl aber ganz eigenthümlich (strenge) riechenden Harnes ergab zunächst das Vorhandensein beträchtlicher Mengen von Eiter, geringer Menge von rothen Blutkörperchen und eines grösstentheilsamorphen Sedimentes. Die Reaction war sauer. Der Urin enthielt Eiweiss entsprechend der in ihm enthaltenen Menge von Eiter und Blut, keinen Zucker.

Das Resultat der bacteriologischen Untersuchung des Urines führe ich weiter unten an. Zunächst will ich die weitere Gestaltung des Krankheitsbildes bei der fast 4 Wochen lang an der Klinik beobachteten Kranken schildern.

Durch circa 14 Tage war Patientin fast niemals im Stande spontan zu uriniren und musste daher katheterisirt werden. Dabei zeigte sch eine sehr bedeutende Parese des

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 8, 1894.

Detrusor, indem auch nach Einführung des Katheters der Urin nur langsam abträufelte und nur dann rascher abfloss, wenn eine über der Symphyse angelegte Hand einen energischen Druck gegen die Blasengegend entfaltete. Fast jede Harnentleerung bot in der Beziehung das gleiche Schauspiel, dass zum Schlusse eine mehr oder weniger erhebliche Menge von Gas geräuschvoll den Katheter passirte. War die Blase mässig gefüllt so konnte man in der Blasengegend ein deutliches Quatschen und Plätschern nachweisen. Während der zweiten 14 Tage des Spitalsaufenthaltes war Patientin häufiger in der Lage spontan zu uriniren und musste nur selten katheterisirt werden. Auch bei den spontanen Urinentleerungen erfolgte meist geräuschvoller Gasabgang per urethram. In den allerletzten Tagen des Spitalsaufenthaltes nahm jedoch dieses Symptom in so erheblichem Maasse ab, dass Patientin sich entschloss, die Klinik in gebessertem Zustand zu verlassen. Der Urin zeigte nur insoferne Veränderungen, als in den letzten Tagen der Eitergehalt ein wenig abnahm, im Grossen und Ganzen bestand die Cystitis mit ziemlich gleicher Intensität fort. Dabei war der frisch entleerte Harn stets schwach sauer oder neutral, nie ammoniakalisch. Niemals konnte, trotz wiederholter Untersuchung, Zucker nachgewiesen werden.

Besonders hervorheben möchte ich, dass die Länge des Intervalles zwischen zwei aufeinanderfolgenden Urinentleerungen nicht in einem Verhältniss zur Menge des entleerten Gases zu stehen schien. Es wurde z. B. mitunter nur ganz wenig Gas entleert, wenn seit der letzten Urinentleerung 4—5 Stunden vergangen waren, nicht selten wurde hingegen eine grössere Menge Gases per urethram entleert, wenn erst 1—2 Stunden seit der letzten Blasenentleerung verstrichen waren.

Stets enthielt der Urin grosse Mengen eines kurzen, plumpen, nicht beweglichen Bacillus und zwar einzeln, oder zu zwei der Länge nach aneinander gelagert. Bei Anwendung des GRAM'schen Verfahrens trat stets Entfärbung der Bacillen auf. Es konnten mikroskopisch niemals andere Mikroorganismen in dem Urin dieser Patientin nachgewiesen werden. Dreimal entnahm ich mit sterilisirtem Katheter Urinproben behufs Cultivirung. Das Resultat des angewendeten Plattenverfahrens war jedesmal ein absolut eindeutiges, indem sowohl auf Gelatine als auch auf Agarplatten (resp. PETRI'schen Schalen) stets nur eine Mikroorganismenart aufging, die morphologisch volle Uebereinstimmung mit den im Urin sichtbaren Bacillen erkennen liess.

Auf eine genaue Beschreibung der gefundenen Mikroorganismenart kann ich wohl verzichten, da sie sich als zu einer wohlbekannten Bacteriengruppe zugehörig erwies, nämlich zu der des Bacterium coli commune.

Doch muss ich gleich bemerken, dass ich auch das Bact. lactis aërogenes, mit welchem der von mir in diesem Falle gefundene Bacillus die grösste Aehnlichkeit besitzt, als eine Varietät des Bact. coli commune auf Grund der letzten Arbeiten, insbesondere der Untersuchungen von SCHMIDT und ASCHHOFF[10]) anzusehen geneigt bin. Das erhabene Wachsthum auf Gelatine und die lebhafte Gasentwicklung auch auf zuckerfreiem Nährboden lassen den in diesem Falle von Pneumaturie gefundenen Bacillus als dem Bact. lactis aërogenes in erster Linie entsprechend erkennen. (Culturen auf Gelatine wurden in der Gesellschaft der Aerzte am 22. December 1893 demonstrirt.) Wollte ich genauere Angaben machen, so könnte ich SCHMIDT und ASCHHOFF's Schilderung (l. c.) wiederholen, sofern sie die «opake Form» des Bac. coli betrifft, resp. SAVOR's[11]) diesbezügliche Angaben nochmals bestätigen.

Einer Betonung werth halte ich jedoch die ausserordentliche Aehnlichkeit, welche diese Gelatinestichkulturen ab und zu mit Culturen des FRIEDLÄNDER'schen Bacillus zeigen und die sich manchmal auch im mikroskopischen Präparate noch zeigt. Am auffallendsten erschien mir diese Aehnlichkeit in einem Abstreifpräparate von der Milz eines nach intraperitonealer Infection mit Harn der erwähnten Patientin crepirten Meerschweinchen. Hier war es insbesondere das Vorhandensein von kapselähnlichen Höfen um die Bacillen, das die Aehnlichkeit zum Ausdrucke brachte.

Nach dem massenhaften Vorhandensein dieser Bacillen in jeder Harnportion der an Pneumaturie leidenden Frau, bei der Abwesenheit jeder anderen Mikroorganismen- (auch Hefe-) Art in diesem Harne und bei der eminenten Gasbildungsfähigkeit des gesammten Bacillus erschien mir seine ursächliche Bezeichnung zur Pneumaturie absolut nicht mehr zweifelhaft.

Zunächst stellte ich aber noch eine Reihe von Thierversuchen an, die sich zum Theile nur auf die pathogenen Eigenschaften des gefundenen Bacillus im Allgemeinen erstreckten, zum Theile jedoch sich speciell auf die Frage der Pneumaturie bezogen.

Der Bacillus erwies sich als für Kaninchen und Meerschweinchen virulent. Ein intraperitoneal mit 1 cm^3 einer Bouillonreincultur inficirtes Meerschweinchen crepirte nach 22 Stunden. Es fand sich nur eine klebrige Beschaffenheit des Peritoneums, kein Erguss in der Bauchhöhle. Ausserdem war ein Milztumor vorhanden.

Ein Abstreifpräparat vom Peritoneum ergab Bacillen in solcher Menge, dass das Präparat das Aussehen eines von einer Plattencultur gewonnenen Klatschpräparates darbot. Auch Abstreifpräparate von der Milz und Herzblut ergeben Vorhandensein zahlreicher Bacillen. Die Cultur ergab Identität der im Peritoneum, Milz und Herzblut vorhandenen Bacillen mit den injicirten. Das Thier war also an einer peritonealen Sepsis crepirt. Versuche an Kaninchen (Infection intraperitoneal, resp. intrapleural) fielen analog aus. Es wäre zwecklos, die einzelnen Versuche hier anzuführen, nachdem die Zahl der publicirten Infectionsversuche mit Bacterien der Coligruppe ohnehin eine kaum mehr übersehbare ist.

Hingegen muss ich wohl meiner auf die Frage der Pneumaturie bezüglichen Versuche Erwähnung thun. Ihr Resultat lässt sich dahin zusammenfassen, dass der Effect der gleiche war, wie der in den zu Anfang dieser Mittheilung erwähnten Versuchen durch Bacterium coli commune hervorgerufene. Niemals konnte ich durch Injection des aus dem Pneumaturie-Harne gezüchteten Bacillus in die Kaninchenblase und darauffolgende Ligatur der Urethra für 18—24 Stunden Gasansammlung in der Blase hervorrufen. Stets trat heftige Cystitis, in einigen Fällen Tod mit Vorhandensein von Bacillen (in der Niere und) im Blute ein (vesicale Sepsis), nie jedoch Pneumaturie. Regelmässig konnte ich hingegen an durch Phloridzindarreichung diabetisch gemachten Kaninchen durch Injection von Culturen des bei der Pneumaturie gefundenen Bacillus in die Blase und darauffolgende Ligatur der Urethra für die angegebene Dauer mehr oder weniger beträchtliche Gasansammlung in der Blase hervorrufen. In einem Versuche platzte die zum Theil mit Gas gefüllte Blase, als das Versuchsthier, das ich durch Aether tödten wollte, im Beginne des Aetherrausches forcirte Abwehrbewegungen machte. Der vorher nachweisbar gewesene, quatschende Tumor verschwand und es fand sich in der Bauchhöhle schaumiger, zuckerreicher Urin.

So haben nun die Beobachtungen von HEYSE und mir ergeben, dass in zwei bacteriologisch untersuchten Fällen von Pneumaturie dieselbe Bacterienart als Veranlassung für dieses interessante Phänomen zu betrachten ist. Indessen wird durch unsere Befunde die Frage nach der Entstehung der Pneumaturie durchaus noch nicht in befriedigender Weise gelöst, es ergeben sich vielmehr eine Reihe neuer, schwer zu beantwortender Fragen. Hätte es sich in den Fällen von HEYSE und mir um Diabetiker gehandelt, so würden Klinik, Gährungsversuche und Thierexperiment miteinander in befriedigender Weise übereinstimmen. In unseren beiden Fällen fehlte Zucker jedoch stets im Urin. Ich betone hier ausdrücklich, dass ich auch Urin, der nur kurze Zeit in der Blase vorhanden gewesen, der einem eventuellen Gährungsprocess nur kurze Zeit ausgesetzt gewesen war, mit negativem Resultat auf Zucker unter-

[10]) Die Pyelonephritis etc., Jena. Fischer 1893.
[11]) Wr. Klin. Wochenschr. 1894.

sucht habe. Es liege ja zunächst, was auch Heyse berücksichtigt, die Vermuthung nahe, dass kein Zucker nachweisbar war, weil er eben durch die Lebensthätigkeit des Bacillus bei der Gasbildung aufgebraucht worden war.

(Das aus der Blase entweichende Gas habe ich nicht in zur Untersuchung brauchbarer Beschaffenheit erlangen können, da stets bei den relativ geringen Mengen des in einem Acte entleerten Gases die Verunreinigung mit Luft zu sehr in's Gewicht gefallen wäre. Gasanalysen betreffend das in Culturen resp. Gährkolbchen entwickelte Gas, erscheinen mir nach den wiederholten, bereits von einigen Autoren vorgenommenen Untersuchungen nicht mehr erforderlich.) Wie Heyse habe auch ich vergeblich versucht, weitere Gasbildung in dem von der Patientin entleerten Harn (im Gährkolbchen) hervorzurufen. Auch im normalen Harne anderer Individuen, war der erwähnte Bacillus nicht im Stande, Gasbildung hervorzurufen. Nur ein einziges Mal entwickelte sich aus circa 40 cm^3 normalen Harnes innerhalb von zwei Tage durch die Einwirkung dieses Bacillus eine bohnengrossen Gasblase. Hingegen zeigte sich Gasbildung in erheblichem Masse, wenn dem Harne Zucker zugesetzt wurde. Auch in mit Blut versetztem Harn zeigte sich ganz geringe Gasentwicklung, so dass man also mit Heyse annehmen konnte, dass dem Blutgehalt des Urins in Fällen von Pneumaturie bei zuckerfreiem Harne vielleicht eine ursächliche Bedeutung zukomme. Ebensowenig wie Heyse kann ich mit Bestimmtheit sagen, woher der Gasgehalt des Urines in unseren Fällen stammte.

Dem Eitergehalt kann man wohl auch schwer die entscheidende Rolle für die Gasbildung durch dieses Bacterium zuschreiben, wenn es mir auch nnter mehreren Versuchen einmal gelang, an mit (Strep ococcen-) Eiter versetztem Harne ganz geringe Gasbildung durch diesen Bacillus hervorzurufen. Wäre der Eiter der massgebende Bestandtheil, so könnte ja bei jeder Cystitis, die durch die gleiche Bacterienart hervorgerufen wird, Gelegenheit zur Pneumaturie geben.

Bemerkenswerth erscheint nur noch, dass der unter allen Cautelen aufgefangene und aufbewahrte Urin manchmal mehrere Tage nach seiner Entnahme die ursprüngliche saure oder neutrale Reaction verlor und eine alkalische annahm und dass dann auch ein angefeuchtetes, über den Urin gehaltenes Lackmuspapier sich bläute. Aehnliche Angaben über den Einfluss der Bacterien der Coli-Gruppe auf den Harn sind mehrfach gemacht.

Schliesslich möchte ich noch hervorheben, dass die Pneumaturie, also die Infection der Blase durch die gefundene Darmbacterienart erfolgte, ohne dass Patientin vorher jemals catheterisirt worden war. Es entsteht also die Frage, wie diese Bacterien in die Blase gelangt sind. Heyse hat in seinem Falle die gleiche Bacterienart in der Vulva der betreffenden Patientin nachweisen können und hält es in Folge dessen für so gut wie bewiesen, dass die Infection in diesem Falle durch Einschleppung der in der Vulva befindlichen Keime durch den Katheter erfolgt sei.

Ohne bezweife'n zu wollen, dass dieser Mechanismus für Heyse's Fall wohl wahrscheinlich sei, möchte ich doch betonen, dass es doch zu mindest wahrscheinlich ist, dass auch eine zunächst in der Blase vorhandene Bacterienart bald mit dem Urin in die Vulva gelangen und dort nachweisbar werden wird. In dem von mir beobachteten Fall ist ein Catherismus der Pneumaturie nicht vorangegangen. Die Vulva habe ich bacteriologisch nicht untersucht, da ich aus den angeführten Gründen den Ergebnissen dieser Untersuchung keinen entscheidenden Werth für die erwähnte Frage zuerkennen kann. Es frägt sich nun, ob die hier in Betracht kommenden Bacterien auch auf anderem Wege als durch die Urethra in die Blase gelangen konnten. Das wäre möglich wenn sie irgendwo im Bereiche des Darmtractes in die Blutbahn aufgenommen und durch die Nieren ausgeschieden worden wären.

Dass Bacterien der Coligruppe unter Umständen im Blute gefunden werden ist nachgewiesen, der obenerwähnte Modus der Invasion dieser Bacterien in die Blase daher nicht unmöglich. In meinem Falle bestand Retroflexio uteri mit Obstipation, in Heyse's Fall Mastdarm- (und Blasen-) Störungen auf Grund von Myelitis. Es könnte also in beiden Fällen durch diese Verhältnisse zu derartigen Veränderungen an der Darmwand gekommen sein, dass Aufnahme von Bacterien in die Blutbahn und Durchwanderung eine Anzahl von Keimen durch die Nieren erfolgen konnte. Ich glaube nicht, dass man berechtigt ist, diesen Infectionsmodus zumindest für den von mir beobachteten Fall, a limine abzuweisen und darum wollte ich meine Mittheilung nicht abschliessen, ohne darauf hinzuweisen, dass unsere Kenntnisse in Bezug auf die Infection der Harnwege in dieser Richtung der Ergänzung noch sehr bedürfen.

Ueber eine circuläre Form von Neurasthenie.

Von **Paul Sollier** in Paris.*)

(Fortsetzung.)

Was am meisten die Aufmerksamkeit auf sich lenkt, ist der Depressionszustand, der zuweilen ziemlich allarmirend ist. Der betreffende Kranke wird ohne Grund trübsinnig; er bekommt ohne nachweisbare Ursache Anwandlungen zum Weinen; unfähig sich einer fortgesetzten Arbeit zu widmen, verharrt er in einem Zustande von Apathie und Resignation. Es fällt ihm ausserordentlich schwer einen festen Entschluss zu fassen, er erblickt Schwierigkeiten in allem, was man ihm zu thun vorschlägt, er sucht eine Annäherung an Personen, deren Charakterfestigkeit seinen Willen die nöthige Stütze verleihen könnte, um ihn zur Verwirklichung seiner Ideen zu verhelfen; jeder Uebergang von einer Beschäftigung zu einer anderen, von der Unthätigkeit zur geringsten Arbeit ist ihm eine wahre Pein. Ohne Initiative, ohne eigenen Willen, lässt er sich passiv leiten und er hat keinen Wunsch, keine Lust, kein Bedürfniss zu arbeiten.

Das Gesicht spiegelt diesen Gemüthszustand wieder. Die Gesichtszüge erscheinen verzogen, die Gesichtsmuskulatur ist erschlafft, der Blick starr, das Lid leicht herabhängend. Der Kopf ist vornüber gebeugt und der ganze Körper befindet sich in einem Zustande von Verfall, der übrigens durch eine wirkliche Verminderung der Muskelkraft sich kundgibt. Der Patient hat das Gefühl der Ermüdung und der Langweile. „Die Zeit kommt ihm schrecklich lange vor. Er empfindet voll seine gegenwärtige Untüchtigkeit und er ist darüber um so mehr betrübt, als er, die Gesellschaft, den Lärm fliehend, in sich gekehrt, auf sein vergangenes Leben zurückschaut, auf die Zeiten, da er recht gut aufgelegt war und trotzdem seine Pläne der Verwirklichung nicht entgegenführen konnte, an die Zeit zurückdenkt, die er in unnützen Arbeiten verloren hat, in der er verschwenderisch seine Thätigkeit entwickelt hat. Er bedauert, die Rathschläge, haushälterisch vorzugehen, damals nicht befolgt zu haben und er wirft sich den Zustand vor, in dem er sich gegenwärtig befindet. Er schläft schlecht, hat wenig Appetit und verdaut schlecht. Das Licht, der Lärm ermüden und beängstigen ihn. Von Zeit zu Zeit geräth er in Zornausbrüche, die er gleich darauf beklagt und die für ihn eine neue Quelle von Sorgen und Leiden bilden. Seine Gedanken entwickeln sich langsamer sein Auffassungsvermögen ist weniger rasch. Er glaubt so physisch und intellectuell völlig ohnmächtig zu werden. Seine Umgebung, sein eigenes Innere sind ihm zur Last. Es kommt ihm vor, als ob er durch Aenderung des Milieu, der Beschäftigung, etc. neue Lebenskraft und Lebenslust bekommen würde. Diesem Bedürfnisse einer Aenderung gibt er nach. In seinem Egoismus zeigt er sich nicht bekümmert um die Sorgen und Lasten, die daraus den Seinen erwachsen können, deren Gegenwart ihm übrigens unerträglich wird, und er reist ab, um sich anderswo niederzulassen. Zuweilen, unter dem Einflusse dieses Stimulans, oder weil er sich nur nach Ablauf einer gewissen Zeit und dann, wenn die Depressionsperiode ihrem Ende naht, entschliesst,

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 6, 1894.

zu diesem Auskunftsmittel zu greifen, gelingt es ihm thatsächlich von Neuem thätig zu werden Ist das jedoch nicht der Fall, dann kehrt er entmuthigt wieder nach Hause und er unterwirft sich einer Behandlung.

Jetzt werden die Aerzte consultirt und diese sind nun der Meinung, dass sie sich thatsächlich einem vulgären Neurastheniker gegenüber befinden

Man behandelt ihn demzufolge als solchen, und die eintretende Besserung wird natürlich der angewendeten Behandlung zugeschrieben, während sie in Wirklichkeit mit der naturgemässen periodischen Entwicklung der Affection zusammenhängt.

Diese Thatsache erklärt zum Theile der Umstand, dass so viele verschiedene Behandlungsverfahren manchmal so rasche, zu gleicher Zeit aber so unbeständige Heilerfolge liefern.

So sagte uns eine unserer Kranken, dass, nachdem sie alle möglichen Arzneimittel erfolglos versucht hatte, sie sich entschloss, nach C. zu reisen, woselbst eine rasche Besserung erzielt wurde. Als die Depression wiederkehrte, beeilte sie sich dahin zurückzukehren, aber diesmal zog sie aus dem dortigen Aufenthalt keinen Nutzen, ihr Zustand persistirte ebenso lange wie der frühere und verschwand sobald sie sich nach Paris zurückbegab. Sie erkannte selbst, dass in der That nichts diese Anfälle hintanzuhalten vermöchte und dass eine Besserung eintreten würde, gleichviel ob ein Mittel angewendet würde oder nicht. Wir haben oft analoge Verhältnisse beobachtet.

Die erwähnten Remissionen sind sehr trügerisch. Da sie unter dem scheinbaren Einflusse irgend einer neuen Behandlungsmethode auftreten, ist es natürlich, sie derselben zuzuschreiben. In Wirklichkeit aber stellen sie sich ganz spontan ein, unabhängig von jeglichem Einschreiten.

Es ist nicht ganz genau, wenn man von einer Remission spricht, denn wenn es in einigen selteneren Fällen, gleichwie bei dem alternirenden Wahnsinn, Intervalle mit einem normalen Zustande gibt, so stellt in Wirklichkeit jene Periode, die in einer mehr oder weniger brüsken Weise auf die Depression folgt, einen Zustand der Erregung dar. Die Symptome der geistigen Depression, der Trübsinn, die Apathie, das Gefühl der Ermüdung und der Erschöpfung, hören gleichzeitig mit der Cephalalgie, den Verdauungsstörungen, der Appetitlosigkeit etc. auf. Das Gefühl des Wohlbefindens, das die Kranken empfinden, ist jedoch nur vorübergehend.

Bald entwickeln sie eine beträchtliche Thätigkeit, die zunächst ihre Umgebung erfreut. Sie nehmen ihre Beschäftigungen wieder auf, aber sie geben sich damit nicht zufrieden: ihre gewöhnlichen Geschäfte genügen ihnen nicht mehr. Ihre Einbildungskraft kennt keine Schranken. Sie fühlen sich mehr als je im Besitze ihrer geistigen Fähigkeiten. Nichts scheint ihnen unmöglich. Sie gehen und kommen, ertheilen Rathschläge, die häufig recht gut sind; dabei vernachlässigen sie ihre eigenen Angelegenheiten um sich derer Anderer anzunehmen, sie machen allerlei Projecte und lassen sich in grossen, oft gar nicht durchführbaren Unternehmungen ein.

Der Tag scheint ihnen niemals genug lang zu sein, um das Alles zu thun, was sie sich vorgenommen haben. Ein Unglück ist es, dass ihre Ideen und Pläne mit einer solchen Raschheit aufeinanderfolgen, dass die Patienten mit der Verwirklichung einer Idee kaum angefangen haben, als schon eine bessere oder verlockendere sich einstellt und sie daran hindert die erstere zur Ausführung zu bringen. So dass in Wirklichkeit ihre ganze psychische Thätigkeit in ganz unnützer Weise oder zu einem nichtigen Zwecke verausgabt wird. Es scheint ihnen als ob die Dinge sich verwirklichten, die ihnen ihre Phantasie vorspielt, und sie behaupten, in diesen Momenten die grösste Freude zu verspüren. Ueberzeugt von der te ihrer Projecte, zögern sie häufig nicht, grosse Ausgaben machen, Verpflichtungen einzugehen, die durch die in Aussicht gestellten Resultate durchaus nicht gedeckt und verbürgt werden können.

So pessimistisch sie in ihrem vorherigen Zustande waren, so optimistisch zeigen sie sich in ihrem gegenwärtigen.

Man begreift alle Folgen, die ein derartiger Zustand mit sich führen kann, wenn man weiss, dass alle die schönen Pläne nicht realisirbar sind, so gross ist ihre Unbeständigkeit, so übertrieben die Raschheit, mit der sie concipirt werden.

Es muss bemerkt werden, dass in diesem Zustand, in dem die Kranken am meisten ihrer Fähigkeiten sich zu erfreuen scheinen, sie sich gerade da weniger derselben bewusst sind. Dies sehen sie übrigens wohl selbst ein, wenn sie der Depression neuerdings anheimfallen und sie Ihnen sagen: «Ich lebte her wie in einem Traume; das, was ich mir vorstelle, sehe ich verwirklicht; ich bin meiner nicht mehr Herr; nur wenn ich deprimirt bin, fühle ich mich der Norm am nächsten.» Diese Genugthuung, dieses Gefühl von physischer und moralischer Kraft hindern sie den geringsten Einwand, der ihren Ideen entgegengesetzt ist, hinzunehmen. Entweder irritiren sie sich, gerathen in hellen Zorn, oder sie werden äusserst hinterlistig und lügenhaft, um der Aufsicht zu entgehen, die man ihnen auferlegen möchte.

Sie können nicht zugeben, dass man gerade dann, wenn sie sich am fähigsten fühlen, die verlorene Zeit einzubringen, und wenn sie vollkommen geheilt scheinen, einschreite und sie daran hindere, nach ihrer Weise zu handeln.

Es kommt aber der Tag, an dem die Ermüdung wieder eintritt und sie ihres Zustandes voll bewusst sind. Sie bemerken dann, dass sie fruchtlos thätig gewesen sind, dass sie keine ihrer Ideen nutzbar gemacht und der Verwirklichung zugeführt haben, dass sie dringende Geschäfte vernachlässigt und sich dafür mit Kleinlichkeiten abgegeben haben, dass sie Ausgaben gemacht haben, die ihre Mittel überschreiten, oder dass sie sich gerühmt haben, Werke zu verrichten, auf die sie, kaum begonnen, verzichteten, dass sie mit einem Worte keine Standhaftigkeit in ihren Ideen gezeigt haben. Diese Constatirung betrübt sie, entmuthigt sie. Sie bereuen es, sie bitten die Angehörigen um Verzeihung, dass sie deren Rathschläge nicht befolgt haben, sie versprechen nunmehr nach einer bestimmten, unabweichbaren Richtung hin zu handeln, und sie treten so in einen neuen Anfall von Depression mit dem ganzen Gefolge der gewöhnlichen neurasthenischen Erscheinungen.

Jene Zustände der Erregung gehen häufig mit Hirncongestionen zumeist nach der Mahlzeit einher. Der Appetit ist übrigens gesteigert. Es besteht häufig, namentlich bei Männern, Erregung des sexuellen Sinnes. Der Schlaf ist unruhig: das Bedürfniss nach Schlaf macht sich mächtig fühlbar.

Sobald die Depression sich eingestellt hat, behalten sie noch während einiger Zeit die ziemlich genaue Erinnerung von dem, was sie während der Excitationsperiode gedacht und gewollt haben. Ihre Apathie hindert sie jedoch, diese Erinnerungen auszunützen, die übrigens bald wieder verschwinden.

Diese Momente der Zufriedenheit, des Kraftgefühls, des Thätigkeitssehnens nach jeder Richtung hin, diese Helligkeit und diese Raschheit der Gedanken, dieser Glaube an eine plötzliche und endgiltige Heilung, findet man übrigens bei einer grossen Anzahl von gewöhnlichen Neurasthenikern, jedoch ganz vorübergehend. Es ist eine Art Ausbruch des Zustandes, den wir hier beschrieben, und dessen Charakteristikon die Alternirung dieser Excitation mit der Depression und die lange Dauer jeder Periode bildet.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Klinik für Dermatologie und Syphilis des ***Prof. Barduzzi*** *in Siena.*

Latente Syphilis und unbeachtete Syphilis.

Vom Assistenten **Dr. Colombini.***)

(Fortsetzung.)

Beobachtung IV. Ein Tapezierer G. Q. aus Florenz, 30 Jahre alt, erkrankte an Syphilis im Jahre 1882. Der Verlauf der Krankheit war ein ziemlich gutartiger.

Patient soll sich einer regelmässigen Behandlung unterzogen haben. Im März 1886, da seit einem Jahre keinerlei syphilitische Erscheinung sich manifestirt hatte, heiratete er. Seine Frau gebar ihm nach 8 Monaten Schwangerschaft ein manifest syphilitisches Kind, das circa 4 Wochen darauf verschied. Die Mutter hatte niemals, weder während der Gravidität noch nach derselben irgend welche syphilitische Manifestation gezeigt. Im März erfolgte eine zweite Geburt, und zwar wieder im achten Schwangerschaftsmonate.

Das Kind aus diesem Partus war sehr lebensschwach, kränklich und konnte nur Dank den sorfältigsten Massnahmen am Leben erhalten werden. Im Alter von 2 Jahren starb es jedoch an Diphteritis. Sowohl dieses zweite als auch das erste Kind wurden durch die eigene Mutter gestillt. Später bekam die Frau keine Kinder mehr und niemals wurde an ihr die geringste Läsion beobachtet; sie schien also durchaus nicht angesteckt worden zu sein. Im October 1892 bemerkte die Frau einige Haut-Läsionen am rechten Arme, die sich allmählig ausdehnten.

Wegen dieser Läsionen kam sie in unser Ambulatorium für Dermatologie und Syphilis. Die Frau versicherte, niemals die Gegenwart irgend einer anderen Läsion und noch weniger einer solchen, die für ein Initialsyphilom hätte gehalten werden können, wahrgenommen zu haben, während der Gatte offen erklärte, seit dem Jahre 1885 kein weiteres Zeichen von Syphilis, die er 1882 erworben, an sich beobachtet zu haben. Nur fünfzehn Einreibungen mit Quecksilbersalbe und Jodkalium, durch 20 Tage hindurch innerlich verabreicht, genügten, um die Läsionen am Arme der Frau Q. zum Verschwinden zu bringen.

Es handelte sich also in diesem Falle, wie dies aus der Krankengeschichte leicht zu entnehmen ist, um eine conceptionelle Syphilis, die vom Jahre 1886, der Zeit der ersten Gravidität, bis 1892, das ist bis zum Erscheinen der tertiären syphilitischen Formen latent geblieben ist. Auch in diesem Falle ahnte die Frau nicht syphilitisch inficirt zu sein, da sie vor dem Jahre 1892 niemals das geringste Zeichen bemerkt hatte, das in ihr auch nur den entferntesten Verdacht hätte wachrufen können.

Die conceptionelle Syphilis, diese Art der Infection der Mutter durch einen von einem syphilitischen Vater gezeugten Foetus, bekundet sich zuweilen durch vorzeitige Erscheinungen, so z. B. dann, wenn wie bei Beobachtung III, im Verlaufe der Gravidität plötzlich Symptome zum Vorscheine kommen, die der secundären Periode eigenthümlich sind; manchmal wiederum verharrt sie im latenten Zustande während der ganzen Lebensdauer der Mutter, indem sie sich äusserlich durch kein charakteristisches Zeichen kundgibt, dass das syphilitische Kind, ausgenommen jenes Zeichen, im Stande ist, eine Amme zu inficiren (Colles); manchmal endlich, und das ist unser Fall, verbleibt die Syphilis im mütterlichen Organismus durch eine Reihe von Jahren latent, bis sie an einem bestimmten Zeitpunkte mit Formen sich äussert, die im Allgemeinen der tertitären Periode eigen sind, und die im Stande sind, den darauf nicht vorbereiteten Arzt zu überraschen.

Die auf dem Wege der Conception erworbene latente Syphilis, die bei einem gegebenen Momente äusserlich durch deutliche Formen sich kundgibt, wäre nach Barthélemy eine weniger seltene Form, als dies von vornhinein bei Frauen, die durch den Foetus inficirt worden sind, scheinen könnte. Dieser Autor hatte drei unzweifelhafte Fälle dieser Art beobachtet, wovon einer mit einem deutlichen Gumma aufgetreten war, während vor dem Auftreten desselben trotz einer fortgesetzten und aufmerksamen Beobachtung, keinerlei Störung und auch keinerlei Affection der Haut oder der Schleimhäute aufgetreten war. Er hält dafür, dass die latente Syphilis ex conceptione viel häufiger als die erworbene latente Syphilis und als die hereditäre latente Syphilis vorkommen müsse, und zwar wegen der Art und Weise, mit der die Infection erfolgt, nämlich mittelst der Utero-Placentarvenen.

Wie viel Wahres an der Behauptung Barthélemy's sei, vermag ich nicht zu sagen, da ich nur den einzigen Fall beobachtet habe, über den oben berichtet wurde.

Beobachtung V. Ein Gutsbesitzer A. T., 32 Jahre alt, aus Siena, stellte sich mir im November 1891 vor, da er wegen gewisser Läsionen, die seit einiger Zeit an seinem Gesicht aufgetreten waren, behandelt werden wollte.

Ich sah zahlreiche Tuberkeln von röthlicher Farbe, die sich insbesondere an den Wangen und an der Nase localisirt hatten. Nachdem ich bei genauer Untersuchung derselben deren syphilitische Natur angenommen hatte, fragte ich den Patienten aus, um zunächst den Beginn seines Leidens in Erfahrung zu bringen. Patient erzählte mir, dass er im 1884, 4 Wochen circa nach einem Beischlafe, ein Knötchen an seinem Präputium bekam, das sich allmählig vergrösserte bis es den Umfang eines Centimestückes erreichte. Dann exulcerirte es. Es handelt sich um eine manifeste Initialsclerose. Nach einer entsprechenden localen Behandlung heilte das Geschwür.

Der behandelnde Arzt erklärte indess dem Patienten, dass es nothwendig sei, das Auftreten der secundären Erscheinungen abzuwarten, um dann erst die allgemeine Behandlung einzuleiten, diese wurde jedoch niemals vorgenommen, da die erwarteten secundären Erscheinungen nicht auftraten.

Trotz der genauesten Beobachtung hat A. T. an seinem Körper niemals secundäre Manifestationen bemerkt. Auch sein Hausarzt konnte nichts dergleichen wahrnehmen, so dass dieser schliesslich in Abrede stellte, dass es sich um ein echtes syphilitisches Geschwür gehandelt habe. So hat unser Gutsbesitzer in Ruhe gelebt bis zum Auftreten der gegenwärtigen Formen; er versicherte uns, dass er seit 1884 an keinerlei Störung oder irgendwelchen Manifestation der Haut oder der Schleimhäute gelitten habe.

Ich verordnete eine Einreibungscur mit Quecksilber und innerlich Jodkalium.

Unter dieser Behandlung gingen die erwähnten Alterationen am Gesichte rasch und vollständig zurück.

(Fortsetzung folgt.)

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 1, 3 u. 5, 1894

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

Sitzung am 23. Februar 1894.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Dr. v. Hacker demonstrirt eine alte Frau, bei welcher vor 2 Jahren wegen eines Epithelialcarcinoms die Rhinoplastik mittels eines Stirnlappens ausgeführt wurde, wobei eine Periostknochenspange von 1 *cm* Breite mit nach abwärts verpflanzt wurde. Die Operation gelang so vortrefflich, dass man Mühe hat, zu erkennen, dass überhaupt eine Operation vorgenommen wurde.

* * *

Dr. Büdinger demonstrirt einige Präparate von Hunden, bei denen er die Einpflanzung des Ureters an die hintere Blasenwand analog der Witzel'schen Methode versuchte. Der Ureter fand sich nach einigen Wochen fest angewachsen, wobei er die Blase schief durchbohrt und vollkommen durchgängig ist. Vortragender hält diese Methode auch eines Versuches beim Menschen werth

* * *

Dr. J. Schnitzler demonstrirt einen Mann, bei dem er vor zwei Monaten ein grosses Chondrom der Brustwand entfernt hatte, das sich hinauf zum Manubrium sterni, links bis in die Mamillarlinie erstreckte und 5 *cm* über das Niveau prominirte und bereits $2^1/_2$ Jahre bestand. Dasselbe ging von den Rippen aus, durchwuchs die Intercostalräume bis ins Pericard hinein. Bei der Operation musste das Pericard eröffnet werden. Die Oeffnung im Pericard konnte nicht verschlossen werden, doch entfällt heute die Nothwendigkeit, den bestehenden Knochendefect durch eine Celluloideinlage zu decken, da derselbe, trotzdem der Mann sich bereits jenseits des Alters des Knochenwachsthums befindet, auf ein Minimum reducirt ist.

* * *

Dr. Ewald demonstrirt eine 49jährige Frau, welche vor 7 Jahren nach einem Sturze auf den Ellbogen, daselbst Schmerzen bekam, worauf 5 Monate später Fieber und Schüttelfrost eintraten, der Arm sich röthete und anschwoll und eine Zunahme des Knochenwachsthumes daselbst bemerkbar wurde. Nach einem neuerlichen Trauma bildete sich am Manubrium sterni ein schmerzhafter Tumor, der sich zurückbildete. Nach einem neuerlichen Trauma gegen den Kopf traten Schmerzen und Röthung des Gesichtes, Erbrechen und andere Cerebralsymptome, sowie eine Neuritis optica auf. Eine intensive antiluetische Cur blieb ohne Effect, dagegen linderten Ergotininjectionen die Beschwerden. In letzter Zeit gingen die Schmerzen und Neuritis optica zurück, constant blieb aber die Hyperostose des Armes. Da man einen Knochenabscess vermuthete, wurde eine Incision gemacht, wobei man auf sehr spongiösen Knochen stiess. Der Fall passt weder in das Symptomenbild der Ostitis deformans, noch der Conchiolin-ostitis, noch in den Symptomencomplex des von GRUBER als Leontiasis ossea beschriebenen Falles.

Prof. PALTAUF bemerkt, dass das beschriebene Bild am besten für Ostitis deformans stimme, bei der eine Auflagerung von mehr weniger spongiöser Knochensubstanz besteht. Dass keine Hyperostosis am Schädel zu bemerken ist, spricht nicht dagegen, da eine solche sich meist innerhalb des Schädels documentirt. Das Auftreten von Fieber sei zwar sehr eigenthümlich in diesem Falle. Die Ostitis deformans ist noch sehr wenig gekannt und wird meist als zufälliger Leichenbefund angetroffen.

Dr. EWALD bemerkt, dass in der Literatur einige Fälle von Ostitis verzeichnet sind, die erblich waren.

* * *

Prof. Obersteiner: Vorläufige Mittheilung über das Wesen und die Pathogenese der tabischen Rückenmarkserkrankung.

Vortragender führt an, dass aus den meisten Arbeiten über die tabische Rückenmarkserkrankung gewisse Beziehungen zwischen derselben und den hinteren Wurzeln hervorgehen, doch ist mit dieser Theorie die Frage der Tabes noch nicht gelöst. Eine primäre Erkrankung der Nervenfasern ist nicht anzunehmen, ebensowenig wie eine extrame-dulläre Erkrankung oder eine solche des Ganglion. Vortragender hat im Vereine mit Dr. REDLICH Untersuchungen angestellt, welche sie zu entschiedenen Resultaten brachten, um den eigentlichen Angriffspunkt der tabischen Erkrankung zu erkennen. An Schnitten, welche ganz dem Verlaufe der hinteren Wurzel entsprachen, liess sich erkennen, dass Letztere an der Stelle, wo sie in das Rückenmark eintritt, comprimirt erscheint und eine auffallende Einschnürung zeigt. Bei der Tabes fand nun Vortragender, dass es sich hier um meningitische Processe handelt, welche zu einer schwieligen Verdickung der Pia führen, wodurch die erwähnte Einschnürung der hinteren Wurzel zu Stande kommt und die Gefässe daselbst atheromatös erkranken. Aus dieser Thatsache ergeben sich auch gewisse Beziehungen zwischen Tabes und Syphilis, welche ja Atheromatose der Gefässe hervorruft. Die lancinirenden Schmerzen lassen sich erklären durch Druck auf die sensiblen Nerven. Auch die therapeutischen Erfolge, die man durch eine antiluëtische Cur bei Tabetikern erzielt, besonders wenn die Erkrankung der Pia noch nicht so weit vorgeschritten ist, sprechen zu Gunsten dieser Ansicht. Auch die Nervendehnung, welche zweifellos eine vorübergehende Besserung hervorruft, passt sehr gut in den Rahmen dieser Thatsachen, da bei der Nervendehnung der Zug bis in das Rückenmark fortgeleitet wird und so eine Lockerung des Bindegewebes erfolgen kann. Wenn man bis jetzt nun mehr weniger vage Anschauungen über die Pathogenese der Tabes hatte, so kann man auf Grundlage der mitgetheilten Theorie die Ursachen und den Ausgangspunkt der tabischen Rückenmarkserkrankung ad oculos demonstriren und hat es nicht nöthig, sich wie früher mit der Hypothese von der chemischen Wirkung luëtischer Toxine zu behelfen.

* * *

Prof. v. Basch: Experimentelle Untersuchungen über die Aorteninsufficienz von Primararzt Dr. Kornfeld.

Die neuen Untersuchungen von Seite KORNFELD's bewegen sich auf breiter Basis und beschäftigen sich vornehmlich mit der Frage, welches die Vorgänge bei der Aorteninsufficienz sind, die innerhalb des Herzens stattfinden. An Versuchen bei Hunden hat es sich gezeigt, dass bei der Aorteninsufficienz der Blutdruck im Herzen sich gleich bleiben, steigern oder (in den meisten Fällen) sinken kann. Letzteres erklärt sich leicht, da bei der Diastole ein Theil des Blutes aus den Gefässen gegen das Herz zurückströmt. Der Blutdruck kann weit unter die gewöhnliche Norm sinken, ohne dass das Leben des Thieres und des Menschen geschädigt ist. Man kann daher dem Sinken des Blutdruckes keine klinische Bedeutung zuschreiben, da er nicht im Stande ist, ein klinisches Symptom zu erzeugen. Da das Herz nach Carl LUDWIG sich wie ein Faltentrichter erweitert, so sinkt dann auch der Blutdruck im linken Vorhofe; mit dem Drucke in den Arterien sinkt auch der Druck in den Venen.

Vortragender stellt nun folgende mögliche Typen mit ihren Folgeerscheinungen auf.

I.	III.
Niedriger Druck in der Aorta.	Hoher Druck in der Aorta.
Niedriger Druck im l. Vorhofe.	Niederer Druck im l. Vorhofe.
	Hypertrophie des l. Ventrikels.
II.	IV.
Höherer Druck in der Aorta.	Niederer Druck in der Aorta.
Höherer Druck im l. Vorhofe.	Hoher Druck im l. Vorhofe.
Hypertrophie des l. Ventrikels	Dyspnoë.
Dyspnoë.	

Die grösste Reservekraft kann nichts an der Thatsache ändern, dass das Gefässsystem dauernd weniger, das Herz dauernd mehr gefüllt wird. Letzteres wird dann dilatirt und leistet dann eine wahre Sisyphusarbeit. Der Typus I versinnlicht alle Fälle von Herzinsufficienz, welche symptomlos verlaufen, d. h. unter dem Bilde der Compensation. Ebenso günstig ist der Typus III. Ist der Druck im linken Vorhofe höher, dann hypertrophirt der rechte Ventrikel. Hypertrophie des linken Ventrikels finden wir sowohl in den günstigen, als auch ungünstigen Fällen. Ist der Druck im linken Vorhofe höher, tritt Dyspnoë ein.

Die Aorteninsufficienz ist so lange kein eigentlicher Herzfehler, d. h. so lange extracardial, so lange sich der linke Ventrikel dilatiren kann, wenn das Blut in denselben regurgitirt. Büsst er diese Eigenschaft ein, dann treten erst die intracardialen Erscheinungen auf. Nicht die Hypertrophie, sondern die Dilatation des Herzens bewahrt dasselbe vor Schädlichkeiten. Derjenige, der da glaubt, dass die Herzhypertrophie bei der Aorteninsufficienz ein günstiges Moment sei, muss erst den Beweis erbringen, dass dasselbe geradeso dilatationsfähig sei, wie ein normales Herz.

Dr. Em. Mandl.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doctoren-Collegiums.

Sitzung vom 26. Februar 1894.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Docent M. v. Zeissl: Ueber einzelne seltene Krankheitsfälle. (Autoreferat.)

Vortragender zeigt die Abbildung dreier Fälle von syphilitischen Gummageschwülsten am Penis.

Im ersten Falle entwickelte sich das Gumma am Dorsum penis, dicht hinter der Glans und konnte seine Entwicklung von dem, hinter der Eichel von einer Seite des Frenulum zur anderen desselben verlaufenden Lymphgefässe festgestellt werden. Bei diesem Kranken hatte sich auch ein linksseitiger Bubo gummosus ent-

wickelt. Das Gumma an der Glans zerfiel. Die Fluctuation im Bubo schwand unter der antisyphilitischen Behandlung, durch welche auch das Gumma am Penis zur Heilung gebracht wurde.

Im zweiten Falle hatte sich in der Glans penis ein von den Bluträumen desselben ausgehendes Gumma entwickelt, welches unter einer antisyphilitischen Behandlung alsbald geheilt wurde.

Im dritten Falle hatte sich ein Gumma, ausgehend von den am Dorsum des Penis verlaufenden Gefässen entwickelt. Dasselbe stellte eine knorpelharte, der Configuration der Schwellkörper sich anschmiegende und über diesen und unter der Haut freibewegliche Platte dar, welche einen lanzenförmigen Fortsatz in die Eichel hineinschickte. Der tastende Finger konnte das Eintreten der verdickten Gefässe am Penis in diese Geschulst nachweisen.

In einem vierten Falle konnte ZEISSL das Auftreten von gummösen Geschwülsten der Lymphknoten und andere Spätformen der Syphilis an einem Manne beobachten, der durch 17 Jahre, obwohl er zur Zeit seiner ersten Syphilis-Erscheinungen nur einer Jodbehandlung unterzogen worden war, bis zum Auftreten der erwähnten Spätformen von jeder Erscheinung der Syphilis frei geblieben war.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 28. Februar 1894.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Dr. EISENMENGER stellt eine 53jährige Patientin vor, welche mit einem im rechten Unterkieferwinkel befindlichen, grobhöckerigen, scharf abgrenzbaren, wenig verschieblichen Tumor, der in der letzten Zeit stark gewachsen war, zur Aufnahme kam. Ascites. In der Gegend der rechten Tonsille eine erbsengrosse, rundliche, glatte, schwarzblaue Geschwulst, die ein Melanosarkom darstellt, von der eben die zahlreichen und grossen Metastasen in den inneren Organen, welche die Frau sehr herabbrachten, herrühren. Im Harn Melanin und Melanogen nachweisbar. Blutbefunde waren negativ. Es ist dies der erste in der Literatur bekannte Fall von Melanosarkom der Tonsillen, während dieselben am harten Gaumen öfters beobachtet werden.

* * *

Dr Schlesinger: Ueber Rückenmarksabscess.

Während Gehirnabscesse sich so oft finden, gehört der Rückenmarksabscess zu den grössten Raritäten, so dass bis jetzt im ganzen 4 Fälle von idiopathischen Rückenmarksabscess und 3 nach Traumen publicirt wurden. Der erste in vivo von Nothnagel diagnosticirte Fall schloss sich an eine Bronchiectasie an. Der Fall, über den Vortragender berichtet, stammt von der Abtheilung des Prof. LANG und betrifft einen 31jährigen Mann, welcher nach einem Trauma eine Cystitis und eine Uretritis acquirirte, worauf sich ein Prostatabscess ausbildete, der incidirt wurde. 14 Tage darauf trat plötzlich Nackenschmerz und Wirbelsteifigkeit auf, die bis zum Tode verblieb. Ueber Nacht trat Lähmung der Extremitäten ein. Die Obduction ergab eitrige Meningitis spinalis und Eiter im Rückenmarke, die sich über den weitaus grössten Theil des Rückenmarkes erstreckten. Der Abscess betraf zum grössten Theile die Hinterhörner. Daneben fanden sich noch Zeichen einer Myelitis vor.

Der Befund ist interessant wegen der Propagation des Eiters von der meningealen Affection auf das Rückenmark und wegen des ätiologischen Momentes. Es wurde von Einigen betont, dass nach Gonorrhoe eine gonorrhoische Myelitis auftreten muss, doch sei dieselbe nicht zu acceptiren, da bis jetzt der histologische Beweis fehlt. Auch hier waren weder in dem Rückenmarke noch in dem meningealen Exsudate Gonococcen nachweisbar, wohl aber Staphylococcen, die vielleicht auf gonorrhoischer Basis entstanden sind und zu Metastasen geführt haben.

* * *

Dr. STERNBERG demonstrirt ein Präparat von intensiv eitriger Meningitis mit Betheiligung des Rückenmarkes, die einem 28jährigen verstorbenen Manne entstammen. Das Präparat zeigt Uebergreifen des Processes auf die Septa, die verdickt und mit Rundzellen infiltrirt sind, keilförmige Herde von Rundzellen, die in die Seitenstränge hineinragen, gequollene Achsencylinder, in den Wurzeln eine diffuse Neuritis. Bei jeder Meningitis sind Ansätze zu einer myelitischen Erkrankung vorhanden, nur kommt es selten zur Abscessbildung.

Dr. NOBEL bemerkt, dass auch in dem vorliegenden Falle die gonorrhoische Natur des Prostataabscesses nicht erwiesen war und nirgend Gonococcen gefunden werden konnten.

Dr. DECHSLER führt aus, dass die infectiöse acute Myelitis auch bei den Hausthieren eine ziemlich häufige Erkrankung ist und sich nach Influenza, Rotz, Tuberkulose und pyämischen Erkrankungen findet. Die histologischen Befunde, die er bei Hunden fand, hatten grosse Aehnlichkeit mit den beim Menschen constatirten Befunden. Der Process spielt sich im Gefässbaum ab und breitet sich in den Lymphspalten fort. Eine Prädilectionsquelle für gewisse Abschnittte des Rückenmarkes existirt nicht.

Aufsteigende Degeneration in den Hintersträngen konnte er ebenso wenig wie Mikroorganismen nachweisen.

Dr. Em. Mandl.

Société de Chirurgie in Paris.

Sitzung vom 14. Februar 1894.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Dr. MONOD verliest im Namen von Dr. REBOUL aus Nimes eine Mittheilung, die sich folgendermassen betitelt: Traumatische Ruptur der Urethra; consecutive Strictur derselben; Abscesse und Fisteln; Harnsteine hinter der Strictur; Infection der Blase und consecutive Pyelonephritis; Urethrotomie von aussen; Exstirpation der Fistelgänge; Extraction des Harnsteins; Perineale Wiederherstellung der Urethra; Genesung.

Dr. MICHAUX macht eine mündliche Mitttheilung über eine Beobachtung, die ihm von Dr. POULAIN (aus La Ferté-Méry) zugekommen ist. Es handelt sich in diesem Falle um eine complete Fractur des Sternum in Folge eines Stosses durch das Horn eines Stieres. Es lag eine Querfractur vor, und das untere Fragment überragte das obere um ungefähr einen Centimeter. Es wurde die Einrichtung der Fractur vorgenommen und es trat vollständige Heilung ein.

* * *

Ueber die totale abdominale Hysterectomie in Fällen von eitriger Affection der Adnexa.

Dr. H. Delagénière: Es gibt Fälle von eitrigen Affectionen der Adnexa, in welcher die einfache Abtragung der kranken Organe nicht genügt.

Ich war in solchen Fällen zu wiederholten Malen gezwungen — was den Uterus, der erhalten wurde, betrifft — ein zweites Mal einzugreifen. Andererseits habe ich von der vaginalen Hysterectomie noch schlechtere Resultate erhalten, als durch die Laparotomie unter den vorhergegangenen Zuständen. Ich glaube auch in der totalen abdominalen Hysterectomie eine Methode gefunden zu haben, welche die Vortheile der beiden anderen Verfahren in sich vereinigt, und die somit dazu angethan ist, definitive bessere Resultate zu liefern. Ich habe mich dieser Methode in einem Falle mit Erfolg bedient. Mein Operationsverfahren ist folgendes: Die gewöhnlichen Vorbereitungen für die Laparotomie; am Tage vor der Operation: Desinfection des Uterus und der Vagina mit Jodoformganze. Man bringt nun die Kranke in eine schräge Lage, man führt einen Medianschnitt von ungefähr 10 Centimeter aus, man dringt schnell in die Peritonealhöhle ein und man löst die Darmadhäsionen, um auf den Grund des Uterus zu kommen, den man nun fasst und fixirt.

Man zieht das Ganze derart heraus, dass man die Adnexa zu sich nähert, an denen man hierauf nach innen eine Pincette und nach aussen eine Ligatur anlegt. Dann schneidet man zwischen beiden durch. Man hat auf diese Art zwei Stümpfe gemacht. Man sucht hierauf den Grund der Blase auf und in diesem Niveau macht man einen circulären Schnitt am Uterus und präparirt den peritonealen Lappen bis zur Insertion der Vagina. Die letztere wird auch zu gleicher Zeit ausgeschnitten und der Uterus wird

auf diese Art mit seinen Adnexis gelöst. Hierauf macht man eine circuläre Naht an den Vaginalwänden und an dem entsprechenden Peritonealantheile und man drainirt durch das Abdomen. Die Kranke, die durch dieses Verfahren operirt wurde, genas vollkommen. Es scheint, dass diese Operation nicht eingreifender sei, als die gewöhnliche Laparotomie und nicht einmal eingreifender, als die vaginale Hysterectomie; diese Operation ist dazu berufen, bessere Resultate zu liefern.

Bei dieser Gelegenheit erlaube ich mir auch, die jährliche Statistik über die von mir ausgeführten Operationen zu übergeben; die Zahl meiner Operationen belief sich auf 337, wovon ich 17 Todesfälle zu verzeichnen hatte.

Dr. Pozzi: Diese Operation ist nicht neu. Sie wird mit Vorliebe in Amerika geübt, wo man sie der vaginalen Hysterectomie vorzieht, vielleicht deshalb, weil die amerikanischen Chirurgen weniger an die letztgenannte Operation gewöhnt sind, als die französischen Chirurgen.

Dr. Routier: Ich habe vor 6 oder 7 Jahren dieselbe Operation ausgeführt, aber ich war dazu gezwungen, weil der Uterus nach Abtragung der in Eiterung übergegangenen Adnexa derart blutete, dass ich es für gut hielt, ihn zu entfernen.

Dr. Chaput: In der letzten Sitzung der «Société obstétricale» berichtete ich über sechs Fälle von eitriger Affection der Adnexa die ich mit Erfolg durch die totale abdomino- vaginale Hysterectomie behandelt hatte. Bei diesen Kranken trat Genesung ohne Zwischenfall ein. Seit damals führte ich noch eine siebente Operation aus, die letal verlief. Dieses Moment hat mich in meiner Begeisterung für diese Operation etwas nüchterner gestimmt.

Dr. Segond: So lange man mir nicht das Gegentheil beweist, halte ich nach wie vor dafür, dass die vaginale Hysterectomie unendlich weniger eingreifend sei, als die abdominale Hysterectomie. Ich möchte noch hinzufügen, dass, nach meinen Erfahrungen, alle Eiteransammlungen im Becken, die auf abdominalem Wege entfernt werden können, auch auf dem vaginalen Wege entfernbar seien.

Dr. Reclus: Ich bin nicht dieser Ansicht. Seit dem ich mich bei meinen Operationen der schrägen Lage bediene, so entferne ich die Uterusadnexa auf abdominalem Wege leichter als auf dem vaginalen Wege.

Ich sehe aber gar keinen Vortheil darin, mit der Abtragung der Adnexa noch einen so ernsten Traumatismus, wie es die Abtragung des Uterus ist, zu verbinden.

Dr. Quénu; Ich habe mich gezwungen gesehen, das Gebiet der Indicationen für die vaginale Hysterectomie einzuengen, seitdem es mir mehrere Male vorgekommen ist, dass ich durch die Vagina die hochgelagerten Adnexa nicht erreichen konnte, so dass ich gezwungen war, an zweiter Stelle die Laparotomie auszuführen.

Dr. Reynier: Ich erblicke gar keinen Vortheil darin, den Uterus gleichzeitig mit seinen Adnexis zu entfernen. Wenn aus irgend welchem Grunde eine solche Operation geboten erscheint, so ist es viel vorsichtiger, auch diese auf vaginalem Wege vorzunehmen, und die Operation ist unter diesen Umständen von einer besonderen Einfachheit.

Académie de médecine in Paris.

Sitzung vom 20. Februar 1894

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Dr. Hervieux spricht über die Pockenepidemie 1893 in Frankreich und weist auf die Nothwendigkeit der Annahme eines Gesetzes hin, welches die Impfung und Wiederimpfung obligatorisch macht, als das einzige Mittel, um über den schlechten Willen zu siegen, der sich überall dort, wo es sich um die Anwendung dieser so wirksamen Massregeln handelt, geltend macht.

* * *

Die Mortalität an Tuberkulose je nach dem Berufe und nach den Wohnungsverhältnissen.

Dr. Lagneau: Nach einer vergleichenden Studie der diesbezüglichen vielfachen Statistiken in Europa ist L. zu folgenden Resultaten gelangt:

1. Dass die Berufsarten, welche die Menschen den Einflüssen des Staubes, gleichgiltig welcher Natur derselbe sein mag, aussetzen dieselben in einer ganz ausgesprochenen Art für die Tuberkulose prädisponirt machen. So zeigen z. B. die Steinhauer, nach der schweizerischen Statistik, ein Verhältniss von 10: 100 an Todesfällen in Folge von Tuberkulose.

2. Die Menschen, die in Folge ihres Berufes eine sitzende Beschäftigung haben sind in höherem Grade zur Tuberkulose präsiponirt, als die Anderen. So zeigen nach der italienischen und englischen Statistik die Studenten und die Seminaristen oder die jungen «Clergymen» das schreckenerregende Verhältniss von 459: 1000 an Todesfällen in Folge der Tuberkulose.

3. Die Buchdrucker in England und die Lithographen in Italien zeigen ein analoges Verhältniss der Mortalität an Tuberkulose. nämlich: 3—400: 1000.

4. Hingegen zeigen die Menschen, die in reiner Luft leben. eine fast vollständige Immunität gegen die Tuberkulose, so z. B. die Schäfer, die Pächter und die Schiffsleute; nach der schweizerischen Statistik beträgt in diesen Fällen das Mortalitäts-Verhältniss an Tuberkulose 1—2: 1000.

Ich habe auch diese Angelegenheit von einem anderen Gesichtspunkte aus studirt, nämlich das Verhältniss der Todesfälle an Tuberkulose nach den Wohnungsverhältnissen, je nach der Dichtigkeit der Bevölkerung von Städten, in denen solche Todesarten vorkommen, im Vergleiche zur Area dieser Städte.

So geht aus der Sanitätsstatistik in Frankreich, die sich auf 662 Städte bezieht, hervor, dass je dichter die Bevölkerung ist, dieselbe um so schwerer von der Tuberkulose betroffen wird.

Während auf 1000 Einwohnern von 95 Ortschaften mit je einer Bevölkerung unter 5000 Seelen nur 1.81 Todesfälle in Folge von tuberkulösen Affectionen kommen, so kommen auf je 1000 Einwohner von

33	Städten	mit	5000—10 000	Seelen jährlich	2·16 Todesfälle
127	»	»	10.000—20.000	» »	2·71 »
50	»	»	20 000—30 000	» »	2·88 »
48	»	»	30.000 100 000	» »	3 05 »
11	»	»	100 000-430 000	» »	3·65 »

an Tuberkulose.

Die Einwohner von Paris in der Zahl von 2 424 705 zeigen ein Mortalitätsverhältniss an Tuberkulose von 4·90: 1000.

Die Zunahme der Tuberkulose in diesen Fällen ist also eine offenbare und bedarf jedweden Commentars.

* * *

Dr. Pinard berichtet über eine Arbeit von Dr. Le Roy des Barres, in der es sich um eine Ovarialcyste, die in Eiterung übergangen war, handelt, und bei der nach der Niederkunft der betreffenden Frau die Punction vorgenommen wurde. Ebenso erstattet Dr. Pinard Bericht über eine Arbeit von Dr. Houzel betreffend einen Fall von Extrauterin-Schwangerschaft, Laparotomie und Genesung.

Zeitungsschau.

Aus der medicinischen Klinik zu Königsberg.

Prof. Lichtheim: Zur Diagnose der Pankreasatrophie durch Steinbildung. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8, 1894)

Eine im Leben diagnosticirte durch die Autopsie bestätigte Pankreascirrhose in Folge von Steinbildung ist Gegenstand der vorliegenden Publication. Die Beobachtung ist nach des Verf. Zusammenfassung folgende:

«Vor 14 Jahren auftretende, 6 Jahre hindurch andauernde, periodenweis sehr heftige Unterleibskoliken mit Fieber und Erbrechen. Seit einem Jahre hartnäckige Diarrhöen, Abmagerung, Steigerung des Hunger- und Durstgefühls. Zunahme der Schwäche.

Bei der Aufnahme Diabetes und mässige Polyurie. Zuckerausscheidung nicht allzuschwer zu beseitigen. Hartnäckige erschöpfende Diarrhöen. Rasch fortschreitende Lungentuberculose. Tod an Erschöpfung.

Autopsie: Tuberculose beider Lungen. Cirrhose des Pankreas, mit hochgradigem, aber nicht totalem Schwund des Drüsenparenchyms. Erweiterung des Ductus Wirsungianus und seiner Aeste. Mörtelartige Concretionen in demselben. Katarrh der Darmschleimhaut.»

Die Diagnose, die bisher unmöglich schien, konnte in diesem Falle mit Sicherheit während des Lebens gestellt werden und waren hiebei die ausschlaggebenden Symptome:

1. Die schweren Steinkoliken mit heftigen epigastrischen Schmerzen, Erbrechen und Fieber.
2. Der mehrere Jahre später auftretende Diabetes.
3. Die eigenthümlichen Diarrhöen, welche gewisse Analogien mit den pankreatischen Fettstühlen der Autoren darboten.

Dass die Diagnose der Pankreassteine schon im Stadium der Kolik möglich ist, beweist ein im Anschluss hieran veröffentlichter Fall von Dr. MINNICH in Zürich (gewesener Assistent des Verf.) wo die im Stuhl abgegangenen Steine in Folge ihrer charakteristischen Eigenschaften (halbfest, amorph, reich an organischer Substanz) als Pankreassteine erkannt wurden.

Ueber das Verhältniss von Pankreasatrophie und Diabetes werden auf des Verf. Klinik Versuche gemacht, die vorläufig noch nicht angeschlossen sind. *B. S.*

Dr. Emil Hougberg: (Ass.-Arzt an der Irrenanstalt Lappvik bei Helsingfors, Finland). **Beiträge zur Kenntniss der Aetiologie der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis.** (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin, 50 Bd., 3. u. 4. Heft.)

Verf. formulirt nach kurzer historischer Betrachtung der Frage und mit Beiziehung von über 100 Krankengeschichten und Sectionsbefunden folgende Schlüsse:

1. Die progressive Paralyse, welche bei weitem häufiger bei männlichen Individuen als bei weiblichen auftritt, ist eine Krankheit, die besonders die städtische Bevölkerung ergreift, aber nicht unter Frauen der besseren Stände auftritt.
2. Die ätiologische Bedeutung der Syphilis für die progressive Paralyse scheint sehr gross zu sein, während diese Krankheit bei anderen Formen von Psychosen keine wichtige Rolle spielt.
3. Die progressive Paralyse, welche am meisten zwischen dem 30. und 45. Jahre vorkommt, bricht erst 4 bis 5 Jahre nach Erwerbung der Syphilis hervor.
4. Die syphilitischen Symptome, welche einem paralytischen Process vorausgehen, scheinen relativ gelinder Art zu sein.
5. Im Vergleich mit Syphilis haben hereditäre Prädisposition, psychische Ursachen, Alkoholmissbrauch, Excesse in venere und Traumen nur eine untergeordnete Bedeutung für die progressive Paralyse.
6. Von den verschiedenen Formen der Paralyse kam die maniakalische am öftersten vor, darauf die demente und schliesslich die melancholische Form.
7. Die Prognose ist in keinem der Fälle günstig gewesen. Die Dauer der Krankheit ist in 81·8% 4 Jahre gewesen, in 43·4% nur 2 Jahre. Remissionen kommen selten vor.
8. Eine Paralyse nach vorheriger Syphilis zeigt in ihrem Verlauf keine besonderen für Syphylis charakteristischen Symptome.
9. Durch eine antisyphilitische Behandlung ist keine Verbesserung beobachtet worden.
10. Durch Section konnten auch keine Veränderungen nachgewiesen werden, welche speciell syphilitischer Natur gewesen wären. *F.*

Dr. W. H. Bates (New-York): **Behandlung der Kurzsichtigkeit ohne das Tragen von Brillen.** (Medical Record, 45, 4. 27. Jänner 1894.)

Von den 2 Formen der Kurzsichtigkeit, der angeborenen und der erworbenen, ist die letztere die weitaus häufigere, und kann mit Erfolg behandelt werden,

Das erste Stadium der erworbenen Myopie ist meist ein Accomodations-Krampf, hervorgerufen durch abnorme Spannung des Ciliarmuskels.

Solche Augen sind constant für nahe Objecte eingestellt, und haben die Fähigkeit, sich beim Sehen in die Ferne zu entspannen, verloren. Diese Accomodations-Krämpfe können, wenn sie, was nicht selten der Fall ist, jahrelang fortdauern, eine Verlängerung des Augapfels, und sohin eine irreparable Myopie zur Folge haben. Solange diese organischen Veränderungen nicht eingetreten, ist die Myopie nur eine functionelle und daher heilbar.

Gläser schaden in diesem Stadium und sind erst zu verordnen, wenn die combinirte Behandlung mit allgemein hygienischen und localen Massnahmen fruchtlos geblieben ist. Möglichste Schonung der Augen, Vermeidung allzu grellen Lichtes, sowie des Arbeitens bei künstlicher Beleuchtung sind dringend zu empfehlen. Gar nicht selten sind Schwächezustände der verschiedensten Art die Ursache des Accomodations-Krampfes und es werden daher die verschiedenen roborirenden Verfahren angezeigt sein.

Von den Localbehandlungen ist es zunächst die mit Atropin. Prof. SCHICHT hat 101 Fälle mit 2mal täglicher Einträuflung von Atropin behandelt und damit sehr günstige Resultate erzielt. In 15 Fällen machte die Kurzsichtigkeit unaufhaltsame Fortschritte, 20 Kranke wurden vollständig geheilt, die übrigen gebessert.

Während der Atropinbehandlung sollen die Patienten dunkle Gläser tragen. Auch ist die gleichzeitige Application von Blutegeln an die Schläfen und heissen Umschlägen auf die Augen zu empfehlen.

In einer anderen Reihe von Fällen ist die locale Behandlung der Bindehaut von guten Erfolgen begleitet. Ausschlaggebend ist dabei das Verhalten des Auges gegen Cocaïn. Verf. will nämlich beobachtet haben, dass wenn nach einmaliger Application einer Cocaïnlösung auf das obere Lid das Sehvermögen besser wird, günstige Chancen dafür sind, dass der Gebrauch von leichten Adstringentien (Silber-Nitrat, Kupfer, Zink) von Vortheil für das Auge sein werde. Der Grad einer etwa bestehenden Bindehauterkrankung ist durchaus nicht immer parallel der durch sie erzeugten Myopie; oft verursacht ein ganz leichter Katarrh schwere Sehstörungen, ohne dass jedoch das gegenseitige Verhältniss ausgeschlossen wäre.

Krankhafte Veränderungen der Nase, wie Spornbildungen am Septum oder Hypertrophien der Muscheln, rufen nicht selten auf reflectorischem Wege Accomodations-Krampf hervor, und es ist selbstredend, dass in solchen Fällen die locale Behandlung der Nase von gutem Erfolge begleitet sein wird.

Viele Fälle von functioneller Myopie erfahren eine wesentliche Besserung durch Anlegen eines Druckverbandes auf das erkrankte Auge. Man verbinde das Auge eine Stunde täglich, man lasse es die ganze Nacht unter dem Verbande, oder wie Andere vorschlagen, Tag und Nacht durch Monate. Leider ist diese Methode nicht ganz ungefährlich, indem sie oft nicht nur ein Zunehmen des Krampfes zur Folge hat, sondern auch einen starken Conjunctival-Katarrh, Lichtscheu und eigenthümliche Trübungen der Hornhaut bewirkt.

Verf. resümirt dahin, dass es natürlicherweise nicht möglich sei, den lang gebauten Augapfel kürzer zu machen, dass es also für viele Fälle von Kurzsichtigkeit keine Hilfe gäbe, dass aber andererseits die Möglichkeit vorhanden sei, acquirirte functionelle Myopie in ihrem Anfangsstadium erfolgreich zu behandeln, durch Atropin oder durch locale Behandlung der Nase, durch Druckverbände oder durch Application milder Adstringentien auf die Bindehaut des Auges. *P—k.*

Plicque: Ueber Dyspepsien occulten Ursprunges. (Le Progrès medic. 1894, Nr. 5.)

Einer Studie über die Erkrankungen des Magens im engeren Sinne setzt PLICQUE eine Zusammenstellung jener Zustände voraus, die durch Erzeugung von Dyspepsien geeignet erscheinen, ein Magenübel vorzutäuschen und in Folge dessen nur zu häufig mit der bequemen Diagnose «Magenkatarrh» abgefertigt werden. Eine gegen das Grundleiden gerichtete Therapie bringt auch die Dyspepsie zum Verschwinden.

Er unterscheidet zwei Hauptgruppen:

I. Dyspepsien in Folge von Erkrankungen anderer Organe als des Magens: des Verdauungstractes, des Genito-Urethraltractes und des Nervensystemes.

II. Dyspepsien, die erst durch uns selbst künstlich hervorgerufen werden und zwar:

a) durch grobe hygienische Verstösse;

b) durch chronische Intoxicationen.

Ad I. Seitens des Verdauungstractes kommen in erster Linie abnorme Zustände der Mundhöhle in Betracht: Schadhaftes Gebiss, Caries dentis, Trigeminusneuralgien, das Heer der Stomatitiden Pyorrhoe der Alveole, Sinusabscess und Nekrose des Kiefers wirken schädlich theils durch sie begleitendes mangelhaftes Kauen der Speisen, theils durch Verschlucken jauchigen Eiters, theils durch beide Momente zugleich. Rechtzeitiger Ersatz des Gebisses und Ausspülen der Mundhöhle mit antiseptischen Flüssigkeiten bringen rasch Heilung der Dyspepsie.

Vom Darme aus sind chronische Stuhlverstopfung und Helminthiasis die häufige Ursache zahlreicher, hartnäckiger und bedeutsamer dyspeptischer Beschwerden. Weiters lenkt Autor das Augenmerk auf kleine Hernien — insbesondere kleine Cruralhernien, die durch ein Bruchband nicht zurückgehalten werden können und durch die reflectorisch ausgelösten Verdauungsstörungen die Radicaloperation indiciren können.

Mancher Magenkatarrh hat in der Leber seinen Sitz. Diesbezügliche Localisation der unangenehmen Sensationen, Druckempfindlichkeit der Leber- und Gallenblasengegend, schon leicht icterische Verfärbung müssen immer Verdacht auf chronische Formen von Cholelithiasis erwecken, die ohne furibunde Erscheinungen verlaufend, ebenso heimtückisch wie schwer diagnosticirbar sind. (Vielleicht wäre noch hinzuzufügen, dass auch bei echter Cholelithiasis der Schmerz oft im Epigastrium localisirt wird und dadurch von Ulcusbeschwerden oft schwer zu unterscheiden ist.)

Eine weitere Gruppe von blos symptomatischen Dyspepsien wird durch Krankheiten des Urethro-Genitaltractes bedingt. Beim Manne ist namentlich Masturbation häufig genug von Verdauungsstörungen begleitet.

Der Zusammenhang von Dyspepsien mit Krankheiten des weiblichen Genitales ist seit Langem wohlbekannt, desgleichen dass sie oft das erste Symptom eingetretener Conception darbieten, noch bevor das Ausbleiben der Menses die bestehende Gravidität beweist.

Auch die Dyspepsien im Gefolge von Nephritis sind eine dem Praktiker so wohl bekannte Thatsache, dass der blosse Hinweis darauf genügt. Dagegen ist hervorzuheben, dass Infectionen der Harnwege, insbesondere Cystitis, z. B. nach Prostatahypertrophie oder bei Blasenparese häufig heftige und hartnäckige gastrische Störungen mit sich bringen, die durch einige Blasenausspülungen zum raschen Verschwinden gebracht werden.

Weiters das Nervensystem. Da nervöse Störungen immer die letzte Ursache der Dyspepsie sind, so wird man nicht darüber erstaunt sein, bei Neurasthenikern und Hysterikern sie als häufiges Symptom zu finden. (Es liegt nahe anzunehmen, dass sie ihrerseits wieder die nervösen Beschwerden steigern.) Die mit Flatulenz einhergehenden Neurasthenien sollen für die Behandlung mit statischer Elektricität eine besonders günstige Prognose bieten. Aber auch bei anatomischen Hirn-Rückenmarkskrankheiten spielt Dyspepsie eine grosse Rolle: Sind doch die gastrischen Krisen oft genug durch lange Zeit das einzige Symptom beginnender Tabes.

II. Ueber die zweite Hauptgruppe, das sind die durch äussere Verhältnisse hervorgerufenen Dyspepsien können wir uns kürzer fassen. Die Magenbeschwerden der Menschen, welche zu rasch essen und die Bissen dadurch nicht gehörig kauen und einspeicheln können, sind auch dem Laien bekannt.

Bei schadhaftem Gebisse machen sich diese Schädlichkeiten natürlich in erhöhtem Masse geltend. Desgleichen werden durch allzu reichliche oder allzu complicirt zubereitete Speisen der Verdauung oft zu schwierige Aufgaben gestellt. Eine Aenderung des Regimes bringt derartige Dyspepsien zur Heilung. Bekannt ist auch der hemmende Einfluss von psychischen Emotionen auf den prompten Ablauf des Verdauungsprocesses.

Neben verdorbenen oder verfälschten Speisen und Getränken (Kunstwein!) schädigen eine ganze Reihe von Heilmitteln die Verdauung. Wermuth, Absinth, Bitter und eine Reihe von alkoholischen den Appetit angeblich fördernden Elixiren sind von unserem Tische zu verbannen. Aber auch Digitalis, (besonders das schlecht filtrirte Macerat), Chinin, Creosot und vor Allem Morfininjectionen werden vom Magen schlecht vertragen, sind daher nur bei dringender Indication zu verabreichen.

Von chronischen Vergiftungen bieten die Dyspepsien bei Saturnismus und Mercurialismus der Diagnose dann grosse Schwierigkeiten, wenn sich der Kranke der gedachten Schädlichkeit nur gelegentlich aussetzt, dieselbe daher nicht leicht anamnestisch zu erheben ist. Auch die Dyspepsien im Gefolge der chronischen Arsenvergiftung können dem Gerichtsarzte arge Verlegenheiten bereiten. *W Sch.*

W. Nicati (überreicht durch **Rauvier**): **Ueber ein der Ophthalmotonometrie entlehntes sicheres Zeichen des eingetretenen Todes. Gesetz der Tension des Bulbus.** (Bullet. Med. Nr. 9.)

Untersuchungen über die Tension des Bulbus mit einem von mir angegebenen Apparate ergeben, dass diese Tension — die sich als Härte des Bulbus zu erkennen gibt — für gewöhnlich 18 bis 21 *gr* beträgt und physiologische Schwankungen zwischen 14 und 25 *gr* aufweist. Mit dem Aufhören des Herzschlages sinkt sie auf beiläufig 12 *gr*, um dann nach dem Tode noch weiter zu fallen unter Schwankungen nach aufwärts und nach abwärts, ohne aber die Grösse von 12 *m* zu erreichen. Nach einer halben Stunde finden sich schon Minima von 1—3 *gr*; die endgiltige und vollständige Entspannung des Bulbus tritt erst nach Verlauf von zwei Stunden ein.

Wird ein enucleirtes Auge wieder in die Orbita zurückgebracht, so zeigt es die gleichen Tensionsverhältnisse.

Das Instrument, mit welchem diese Resultate erzielt wurden, arbeitet mit ausserordentlicher Genauigkeit; seine Angaben sind unabhängig von der persönlichen Gleichung des Untersuchers, während bisher eben durch diese eine praktische Verwerthung tonometrischer Bestimmungen am Augapfel unmöglich wurde.

Demnach haben wir in der Spannung des Bulbus ein sicheres Kennzeichen des eingetretenen Todes. Sie sinkt sofort mit dem Aufhören des Pulsschlages, um nicht mehr die frühere Höhe zu erreichen. Einige Stunden später ist sie auf dem niedrigsten Punkte endgiltig angelangt.

Die Gesetze, von denen diese Phaenomene beherrscht werden, sind die folgenden:

1. Der im Auge herrschende Druck ist Ausdruck der Spannungsverhältnisse im Gefässsystem.

2. Bestehen Einrichtungen, welche dem Blutdrucke entgegengesetzt wirken und reflectorisch die Regulirung der Tension des Bulbus erzielen. Sie verhindern einerseits Gestaltveränderungen des Bulbus in Folge eines zu hohen Blutdruckes, verhüten andererseits Ischämie des Auges, die bei allzu niedrigem Blutdrucke dann eintreten würde, wenn das Auge seine Spannung nicht selbstständig vergrössern könnte.

3. Eine sofortige, wenn auch nur vorübergehende Regulirung der Tension des Bulbus wird durch Contraction oder Erschlaffung des Muskelmantels des Auges erzielt.

4. Ein langsamer, aber nachhaltig wirkendes, regulirendes Moment ist in der Secretion oder in dem Verschwinden von Humor Aquens gegeben.

Die Kenntniss dieser Verhältnisse verdient sowohl vom ophthalmologischen Standpunkte Aufmerksamkeit, als auch in ihrer Anwendung auf die innere Medicin, da in der Tension des Bulbus ein Mittel geboten ist, den Blutdruck selbst abschätzen zu können. *W. Sch.*

Bourneville: Ueber die medicinisch pädagogische Behandlung der Idiotie. (La médecine infantile, Nr. 1, 1894).

Bourneville, der Chef der Abtheilung für geistig zurückgebliebene Kinder in Bicêtre liefert in der vorliegenden Arbeit eine Skizze, die Jedem, der Gelegenheit hatte an einem Samstag — dem für Aerztebesuche bestimmten Tag der grossen Visite — unter Bourneville's Führung die Anstalt zu besichtigen, den

Eindruck der Bewunderung zurückruft, den jede einzelne der für die armen Idioten so segensreichen Institutionen beim ersten Erkennen erregte.

Nach einer Einleitung in der BOURNEVILLE eine Definition der Idiotie, sowie eine Eintheilung derselben einerseits nach dem klinischen, andererseits nach dem anatomischen Princip gibt, führt er uns in sein eigentliches Thema, das traitement médico-pedagogique von Bicêtre, dem er noch historische Daten über diese Behandlungsmethode vorausschickt.

Es ist nicht Aufgabe eines Referates die im vorliegenden Aufsatz durch vorzügliche Illustrationen erläuterten Details zu schildern.

Sie sind in Abschnitten gruppirt, deren Titel lauten:

A. Gehübungen.
B. Erziehung der Hand.
C. Erziehung des Tastsinns.
D. Erziehung der Aufmerksamkeit.
E. Erziehung des Gesichtssinnes in Verbindung mit dem Tastsinn (éducation de la main et de l'œil).
F. Erziehung des Gehöres, Geruches und Geschmackes.
G. Behandlung der Schwierigkeiten bei der Ernährung.
H. Reinhaltung, Kleidung.
I. Erster Unterricht.
K. Heranbildung zu einem bestimmten Handwerk.

Die Rapporte, welche die Lehrer in bestimmten Zeitabschnitten über die Leistungen zu liefern haben, die Hefte der einzelnen Schüler, in welchen dieselben nach bestimmten längeren Zeitabschnitten immer reine Sätze ausfüllen, das finanzielle Resultat der Handwerksschulen, schliesslich die Notizen über die bereits entlassenen Zöglinge nach der Entlassung, liefern objective Daten über die glänzenden Resultate.

Aus dem Abschnitt über die rein-ärztliche Behandlung ist nicht viel Neues oder Bemerkenswerthes hervorzuheben, ausser vielleicht der negative Erfolg, den BOURNEVILLE bei Myxoedem mit der Schilddrüsentherapie erzielt hat.

Höchst nachahmenswerth ist die Organisation behufs wissenschaftlicher Ausnützung des Materials.

Messungen, Wägungen, Vornahme von Schädelabgüssen, Photographiren, Exhumirungen — Alles geschieht regelmässig und wird systematisch verwerthet und auf Grund des so gewonnenen anatomischen Materials konnten BOURNEVILLE und seine Schule den Satz aufstellen, dass die Craniectomie bei den meisten Fällen von Mikrocephalie der anatomischen Begründung entbehre.

Wer an den hier angedeuteten Fragen grösseres Interesse nimmt, wird in dem jährlich herausgegebenen Compte rendu du service des enfants à Bicêtre reichliches Material zur Befriedigung desselben finden. *Rie.*

A. Pospjelow: Ein Fall von Diabetes insipidus und Myxödem syphilitischen Ursprunges. Medicinskoje Obosrenje Nr. 2. — Petersb. Med. Wochenschr. Nr. 1, 1894.)

Ein 45-jähriger Herr acquirirte im September 1885 Syphilis, die in den folgenden Jahren sich vielfach kund gegeben hatte (roseola, papulöses Syphilid, psoriasis palmaris etc.). In den Jahren 1890 und 91 traten gummöse Infiltrate auf, gleichzeitig bemerkte Patient, dass er sehr viel zu trinken anfing und grosse Harnquantitäten entleerte. Die tägliche Harnmenge betraf 6—8 Liter, Zucker war nicht vorhanden, specifisches Gewicht = 1008. Allmählich stellten sich auch Veränderungen der Haut ein; dieselbe bot das für Myxödem charakteristische Aussehen. Nach subcutanen Sublimatinjectionen und gleichzeitiger Verabreichung von Jodammonium ging der Diabetes insipidus prompt zurück, jedoch blieben die Erscheinungen der Sclerodermie und ein fortwährendes Gefühl des Frierens zurück. Gleichzeitig mit dem Auftreten des Diabetes insipidus machten sich eine gummöse Orchitis und eine elastische, haselnussgrosse Geschwulst über der cartilago thyreoidea geltend; letztere Geschwulst führt Verfasser auf eine syphilitische Affection der sogenannten glandulae parathyreoideae zurück. Nachdem der Diabetes durch eine specifische Cur beseitigt worden war, versuchte Verfasser gegen das Myxödem anzukämpfen; er verbreichte dem Patienten frische Ochsenschilddrüsen (30—60·0 täglich, gut zerhackt). Bald nach Beginn dieser Cur stellten sich Schweisse ein, das Gefühl des Frierens schwand, die Schwellung des Gesichts und der Hände nahm rasch ab. Eine erneute mercurielle Behandlung brachte schlesslich vollständige Heilung. Verfasser ist der Meinung, dass sowohl der Diabetes insipidus, als auch das Myxödem in diesem Falle luetischen Ursprunges waren.

M. Abelmann: Ein Fall von Bronchiektasie nach Keuchhusten. (Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 45,46 — St.Petersburger Medicinische Wochenschrift Nr. 4, 1894.)

Bei einem 7 jährigen Mädchen, das einen schweren Keuchhusten durchgemacht hatte, entwickelte sich allmählich ein Symptomencomplex, der auf Bronchiektasien hindeutete: maulvolle Expectoration übelriechender Sputa, die die bekannte Dreischichtung aufwiesen, dabei Fehlen von Tuberkelbacillen, Höhlensymptome im Unterlappen der linken Lunge. In weiterem Verlauf der Krankheit gesellte sich eine chronische käsige Pneumonie hinzu, der schliesslich das Kind erlag. Bei der Section fand man den ganzen linken Unterlappen durchsetzt von grösseren und kleineren bronchiektatischen Cavernen so dass die Lunge ein groblöcheriges Aussehen zeigte. Im Oberlappen eine Caverne mit ulcerirten Wandungen. Frische Eruption von Tuberkeln. Verfasser erklärt die Entstehung der bronchiektatischen Cavernen durch die häufigen und schweren Keuchhustenanfälle. Bei der Therapie des Keuchhustens sollen die Narcotica und Sedativa an erster Stelle berücksichtigt werden, ferner seien Versuche mit Einathmung comprimirter Luft in pneumatischen Kammern erwünscht.

Lahusen, ärztlicher Director in Brunnthal-München: **Ueber ein wenig beachtetes Symptom bei nervösen Darmaffectionen.** (München. medic. Wochenschr. Nr. 6, 1894.)

Allen praktischen Aerzten bekannt ist das Bild der «Darmatonie» oder «nervösen Dyspepsie»: Auftreibung des Leibes, hartnäckige Stuhlverhaltung, dann wieder intercurrente Diarrhoen, Mangel an Appetit, dabei hypochondrische Stimmung, öfters Schlaflosigkeit.

Nicht beachtet wurde jedoch bisher das vom Verf. in einer ganzen Reihe von Fällen nachgewiesene Symptome einer eigenthümlichen Schmerzhaftigkeit bei Druck auf den Plexus colliacus.

Dieser liegt nach Verf. auf der vorderen Aortenwand dicht unter und vor dem Hiatus aorticus des Zwerchfells, asymmetrisch nach links.

Die Art. coeliaca umgebend und dort oben findet sich constant die schmerzhafte Stelle.

Pathologisch-anatomische Befunde liegen bisher nicht vor.

Die Behandlung, die Verf. solchen Kranken in seiner Anstalt angedeihen lässt, ist keine einfache. Hydrotherapie, Elektricität, Massage und Heilgymnastik werden gegen das Uebel in's Feld geführt. *B. S.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Vom Obersten Sanitätsrath. Bei Beginn der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes am 24. Febr. d. J. wurde vom Vorsitzenden O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Ritter v. Hofmann Mittheilung über die Erledigung mehrerer in Verhandlung gestandener Angelegenheiten, sowie über neue Einläufe gemacht und zur Kenntniss gebracht, dass der Vicepräsident des Obersten Sanitätsrathes und derzeitige Decan der Wiener medicinischen Facultät O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Vogl als Delegirter der Ministerien des Innern und des Unterrichtes sich zu dem vom 29. März bis 5. April d. J. stattfindenden XI. internationalen medicinischen Congresse nach Rom begeben werde. 1. Hierauf gelangte die Begutachtung des Projectes der Erweiterung einer k. k. Wiener Krankenanstalt und von Plänen zur Errichtung eines Kinderspitales in Wien zur Verhandlung. (Ref. O. S. R. Prof. Dr. Freiherr von Widerhofer Namens eines Specialcomités.) 2. Begutachtung,

betreffend die unschädliche Unterbringung der Rückstände einer Cellulosefabrik. (Ref. O. S. R. Prof. Dr. Kratschmer.) 3. Gutachten über die bei Anlage und Benützung von Grüften auf Friedhöfen zu beachtenden Rücksichten. (Ref. O. S. R. Prof. Dr. Weichselbaum.) 4. Begutachtung eines von einem Apotheker hergestellten Giftschrankes mit mechanischen Vorrichtungen zur Vermeidung der Verwechslung der Giftbehälter. (Ref. O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Vogl.)

* Universitäts- und Personal-Nachrichten

— Budapest. Am 25. v. M. feierte der ausgezeichnete Chirurg der Budapester Universität Prof. Dr. Jos. Kovács das 25jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit. Bei dieser Gelegenheit wurden dem Jubilar zahlreiche Ovationen von Seiten der Collegen und Schüler dargebracht.

— Marienbad. Dem Prof. e. und Bade-Arzt Dr. H. Kisch wurde das Ritterkreuz des Franz-Josefs-Ordens verliehen.

— Lemberg. Dr. Anton Krokiewicz, k. k. Bezirksarzt, wurde zum Prosector des allgemeinen Krankenhauses ernannt.

— Berlin. Dem Dr. J. Israel, dirigirendem Arzt des jüdischen Krankenhauses wurde der Professortitel verliehen.

— Jena. Am 16. Februar hat Ernst Häckel seinen 60. Geburtstag gefeiert. Im Anschluss an die Festlichkeiten, welche bei dieser Gelegenheit stattfanden, ist die Marmorbüste des berühmten Gelehrten im Institut aufgestellt worden.

— Stockholm. Dr. J. W. Berg wurde zum Professor und Vorstand der chirurgischen Universitätsklinik ernannt.

— Helsingfors. Dr. R. Kolster hat sich als Docent für pathologische Anatomie habilitirt.

— Florenz. Der ordentliche Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. Chiara ist in den Ruhestand getreten. — Als Privatdocenten haben sich habilitirt die Doctoren Stadirini für Anatomie und Toti für Laryngorhinologie und Otologie.

— St. Petersburg. Die Doctoren Ketscher und Kudrjawczki haben sich als Privatdocenten für innere Medicin an der militärmedicinischen Academie habilitirt.

* XI. Internationaler medicinischer Congress in Rom. Die Legitimationen für die Reise zum Besuche des Congresses in Rom können durch die 1. medicinische Klinik in Empfang genommen werden. Die Anmeldung zum Congresse dauert bis zum Vorabende desselben.

* Dr. Unna's dermatologische Preisaufgabe für 1892/93. Von den eingereichten Arbeiten wurden zwei als des Preises würdig befunden. Als Verfasser stellten sich heraus: Kurt Passarge, cand. med., Königsberg i. Pr., Sackh. Hintergasse 26 (Motto: «Mit dem Wissen wächst der Zweifel». Hyrtl). Dr. med. Rud. Krösing, prakt. Arzt, Stettin, Lindenstrasse 26 (Motto: Nil admirari). — Die Preisaufgabe für 1894 lautet: «Es soll untersucht werden, ob und in wie weit die in neuerer Zeit aufgestellten Behauptungen, dass collagene, elastische Fasern und sesshafte (pigmentirte) Bindegewebszellen in die normale Stachelschicht hineinreichen, begründet sind.» — Der Preis beträgt 300 M. Näheres über die Bedingungen der diesjährigen Preisaufgabe ist zu erfahren von der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss, Hamburg, Hohe Bleichen 34.

* Paris. Ein von der verstorbenen Madame Boucicaut, der Besitzerin des grossen Kaufhauses Bon Marché, gestiftetes Kapital von 7,000 000 Francs, welches durch Anhäufung der Zinsen durch sieben Jahre auf 10,000.000 Francs angelaufen ist, wird nunmehr zur Errichtung eines grossen Krankenhauses, «Hôpital Boucicaut», verwandt.

* «La médecine infantile» betitelt sich eine neue Zeitschrift, die unter der Redaction des Dr. Jules Comby zweimal monatlich in Paris erscheint.

* Todesfall. Der a. o. Professor in der medicinischen Facultät und Director des hygienischen Instituts in Rostock Dr. J. Uffelmann ist gestorben.

* Soeben erschien der 9. Band der Jubiläums-Ausgabe von Brockhaus Conversations-Lexikon. Seinen universellen Charakter entsprechend, bringt auch dieser Band, nebst vielen der Kunst gewidmeten Spalten und sieben prachtvoll ausgeführten Chromotafeln, mannigfache den Arzt interessirende Artikel, von denen jene über Hypnotismus, Hundswuth und Homöopathie an dieser Stelle besonders erwähnt werden sollen. Ausserdem seien unsere Leser noch aufmerksam gemacht auf die kurzgefassten aber klaren Abhandlungen über Irrenpflege und Irrenrecht, sowie auf den ausgezeichnet behandelten naturwissenschaftlichen Theil dieses Bandes.

Aerztliche Stellen.

Districtsarztesstelle in Deutsch-Kralupp (Böhmen). Der District umfasst 12 Gemeinden mit 42 Quadrat-Kilometer Gebietsumfang mit 3217 Einwohnern. Mit dieser Stelle ist ein Jahresgehalt von 400 fl. und ein Reisepauschale von 84 fl. verbunden. Die Gesuche sind bis 8. März beim Bezirksausschusse in Komotau einzubringen.

K. k. Sanitätsassistentenstellen. (Dalmatien.) Im Bereiche der politischen Verwaltung Dalmatiens sind zwei Sanitäts-Assistenten-Stellen, eine mit dem jährlichen Adjutum von 600 fl und die zweite mit einem Adjutum jährlicher 500 fl. in Erledigung gekommen. Jene Doctoren der gesammten Heilkunde, welche sich um dieselbe bewerben, haben ihre documentirten Gesuche, in welchen insbesondere auch die Sprachenkenntnisse auszuweisen sind, im Wege ihrer bezüglichen politischen Behörde bei diesem Statthalterei-Präsidium bis 31. März 1894 einzubringen. Den Vorzug erhalten jene Candidaten, welche die Physicatsprüfung (Ministerial-Verordnung vom 21 März 1873, R.-G.-B. Nr. 37) mit günstigem Erfolg abgelegt haben.

Gemeindearztesstelle auf der Insel Arbe (Dalmation), 50 Seemeilen von Zara entfernt, mit einer Stadt und sechs Dörfern und einer Einwohnerschaft von 4279 Seelen. Mit dieser ärztlichen Stelle ist ein Jahresgehalt von 1500 fl. verbunden, so dass sich einem jüngeren Arzte daselbst eine gesicherte Existenz bieten würde. Eventuelle mit den erforderlichen Sprachkenntnissen ausgestattete Bewerber um diese Stelle haben ihre Gesuche, beziehungsweise die Erklärung ihrer Bereitwilligkeit zur eventuellen provisorischen sofortigen Uebernahme dieser Stelle an die k. k. Statthalterei in Dalmatien direct einzusenden.

Districtsarztesstelle in Starosól, Bezirk Staremiasto (Galizien). Gehalt 600 fl. Reisepauschale 264 fl.; Verpflichtung zur Führung einer Hausapotheke. Gesuche sind bis 30. März 1894 an den Bezirksausschuss in Staremiasto einzubringen.

Districtsarztesstelle in Ulaszkowce, Bezirk Czortkow (Galizien). Gehalt 500 fl., Reisepauschale 222 fl. Gesuche sind bis zum 15. März l. J. an den Bezirksausschuss in Czortkow zu richten.

Arztesstelle. Auf dem Allerhöchsten Privatgute Eisenerz u. zw. im Orte Radmer, Bezirk Leoben (Steiermark). Jahresbestallung von 600 fl. nebst freier Wohnung und Benützung eines kleinen Hausgartens, sowie ein Holzdeputat von 9 Raummeter hartem, und 18 Raummeter weichem Scheitholz. Verpflichtung zur unentgeltlichen Behandlung der im Sanitätsbezirke Radmer domicilirenden gutsherrlichen Diener und Arbeiter, sowie deren Weiber und ehelichen Kinder bis zum 14. Lebensjahre, dann der in Radmer domicilirenden montangesellschaftlichen Arbeiter und Provisionäre. Die näheren Vertragsbestimmungen und die Instruction können sowohl bei der k. u. k. Fondsgüter-Direction, als auch bei der k. u. k. Gutsverwaltung in Eisenerz eingesehen werden. Doctoren der gesammten Heilkunde werden bevorzugt. Dem künftigen Arzte dürften auch seitens der Bezirksvertretung Eisenerz eine Jahres-Bestallung per 200 fl. und von der Gemeinde Radmer eine Jahresremuneration per 100 fl. zukommen. Gesuche sind bis 20. März 1894 bei der k. u. k. Privat- und Familien-Fondsgüter-Direction in Wien, Fleischmarkt 3, einzubringen.

Mit einer der nächsten Nummern versenden wir Heft 1 des VIII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen“ enthaltend: „Der Katarrh der weiblichen Geschlechtsorgane, mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der Endometritis“. Von Dr. Emil Lantos, Frauenarzt in Budapest.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

ANZEIGEN.

Pränumerations-Einladung.

Mit I. April 1894 beginnt ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom I. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende März erlischt, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"

Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

Sogar der Name „Sagrada-Wein" wird missbraucht. Imitationen (Kanoldt Nachf. etc.) sind weder in Stärke, noch Wohlgeschmack dem Originale ähnlich.



Lager: Wien, Apotheke z. Engel, z. König v. Ungarn, z. Bären; Budapest, Heil. Geist-Apotheke; Prag, Einhorn-Apotheke. (1458)

Neueste pharmaceutische Präparate

der

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M

Bewährtes Antipyreticum. Ausgezeichnetes Mittel gegen Kopfschmerz, Neuralgie, Keuchhusten, Migräne, Influenza etc. etc.



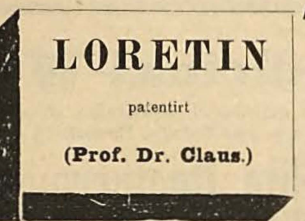
Fieber.

Rheumatische und Neuralg. Affectionen.

Nervöse Affectionen.

Jodpräparat der Chinolinreihe. Von Prof. Dr. Schinzinger in die chirurgische Praxis als Ersatz des Jodoforms eingeführt und empfohlen **Geruchlos, ungiftig und ohne Reiz auf die Haut!**

(65. Vers. deutscher Naturforsch. u. Aerzte zu Nürnberg 1893.)



Als Pulververband bei eiternden Wunden, Geschwüren, Brandwunden etc.
Loretin-Collodium; als Deckverband bei allen Operationswunden.
Loretin-Gaze als Tamponade. bei Höhlenwunden.

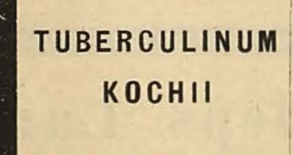
Mit Erfolg angewandt seitens mehrerer prakt. Aerzte und in Spitälern gegen Neuralgie, Ischias, heumatische Erkrankungen.



Rheumatische Krankheiten.

Ischias.

Tuberculinum Kochii in Fläschchen von 1ccm. à 6 M., in Fläschchen von 5ccm. à 25 M.



Tuberkulose.

(1225)

Literatur über die vorstehenden Präparate steht auf Wunsch gratis zur Verfügung.

Wichtig für Sanatorien und Krankenhäuser.

Solide einfache Teppiche, Möbelstoffe, Portièren, weisse und ecru Vorhänge, Tisch- und Couvert-Decken, Flanelldecken, Laufteppiche in Wolle, Jute und Cocosfaser, Angorafelle etc. etc. bekommt man in den Filialen von

Philipp Haas & Söhne

Wien, VI., Mariahilferstrasse 75 (Mariahilferhof)

und IV., Wiedener Hauptstrasse 13 zu Original-Fabrikspreisen.

Sanatorium und Wasser-Heilanstalt,

in Purkersdorf bei Wien. (1376)

In windgeschützter, staubfreier Lage im Wienerwalde, in einem 150.000 Quadratmeter grossen Parke gelegen, enthält das Sanatorium alle Kurbehelfe einer medizinisch-chirurgischen sowie einer Wasserheilanstalt.

Im Besonderen sind vorhanden: Badeanstalt mit Voll-, Douche- und Dampfbädern, Wannenbädern. **Elektrisches Bad (System Professor Gärtner), Inhalationskammern, pneumatische Kammern, Stahlquelle,** Wandelbahn, sowie sämmtliche nothwendigen medizinisch-chirurgischen Instrumente und Apparate.

Sämmtliche Räume sind bequem und elegant eingerichtet, elektrisch beleuchtet. — Vorzügliche Verpflegung wird bei mässigen Preisen geboten.

Das Sanatorium eignet sich daher vorzugsweise zur Behandlung von: Nerven- und Rückenmarkskrankheiten, Anämie, Rekonvalescenz nach schweren Krankheiten, Lungen- und Kehlkopfkrankheiten, Frauenleiden, Magen- und Darmkrankheiten und Morphinismus. — Auskünfte ertheilt der Eigenthümer

Dr. Julius Rudinger.

WASSERHEILANSTALT (1366)

Vöslau-Gainfarn

Eine Stunde per Südbahn von Wien.

Ganzjährig geöffnet.

Prospekte durch den Eigenthümer und ärztlichen Leiter:

Dr. Th. Friedmann

Wien, I. Operngasse 16 und **Vöslau-Gainfarn.**

PRIVAT-HEILANSTALT

des

kaiserl. Rath Dr. ALBIN EDER (981)

Wien, VIII., Schmidgasse 14.

Vorzügliche Pflege, mässige Preise. — Programmzusendungen auf Wunsch gratis.

SANATORIUM

IX., Mariannengasse 20, Wien

Das Haus, speziell für diesen Zweck neu erbaut, enthält alle erdenklichen Vorrichtungen zur Krankenpflege. **Hydropathische Station, Wannenbäder, Vollbad, Dampf- und Douchebäder, pneumatische Apparate zu medikamentösen Inhalationskuren** und solchen mit verdünnter und verdichteter Luft, Apparate zu **Elektrizitätskuren, Operationssaal** und **Laboratorium** mit vollständigem chirurgischen Instrumentarium, Bandagen, Tragen etc. **Hebra'sches Wasserbett,** blaue Zimmer mit neuen Lichtverschluss-Vorrichtungen und Operationsbetten für Augenkranke etc. etc., kurz alle Kurbehelfe, die nach den neuesten Erfahrungen eingerichtet sind.

Grosse **Foyers, Lese-** und **Konversationszimmer, Bibliothek Centralheizung, Garten, Wintergarten, Personenaufzug** etc. stehen zur allgemeinen Benützung.

Fünf Aerzte und technisch geschulte Pfleger und Pflegerinnen besorgen den internen Dienst.

Elegant eingerichtete, durchwegs lichte schöne Zimmer, vorzügliche Küche und Bedienung werden bei mässigen Preisen geboten. Auskunft ertheilt der Eigenthümer und Direktor.

(1073) **Dr. Anton Loew.**

Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1893 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VII. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9